

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON
- MEDECINE -
U. E. R. LYON-NORD

Année 1978 - N° # 524

BICULTURALISME ET TROUBLES DE L'IDENTITE

**Approche de la Deuxième Génération à partir de plusieurs
observations cliniques de jeunes Immigrés Maghrébins**

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 18 Décembre 1978

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Pierre BOUCHET

né le 1^{er} Novembre 1949

à ANNONAY (Ardèche)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554219_0014

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON
- MEDECINE -
U. E. R. LYON-NORD

Année 1978 - N°

BICULTURALISME ET TROUBLES DE L'IDENTITE

**Approche de la Deuxième Génération à partir de plusieurs
observations cliniques de jeunes Immigrés Maghrébins**

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 18 Décembre 1978

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Pierre BOUCHET

né le 1^{er} Novembre 1949

à ANNONAY (Ardèche)

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON

- MEDICINE -

U. E. R. LYON-MED

Année 1978 - 79

BICULTURALISME ET TROUBLES DE L'IDENTITE

Recherche de la Doublure Génétique à partir de plusieurs
observations cliniques de jeunes immigrants Maghrébins



THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 18 Décembre 1978
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Pierre BOUCHET

né le 1^{er} Novembre 1948

à ANNONAY (Arèche)

- UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I -

Président de l'Université	M. le Professeur D. GERMAIN
Vice Président	M. le Professeur E. ELBAZ
Deuxième Vice Président	M. B. ROUSSET
Troisième Vice Président	M. R. LOPEZ
Secrétaire Général	M. RAMBAUD

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE L'UNIVERSITE :

Médecine : GRANGE BLANCHE	M. le Docteur B. SALLE (MCA)
ALEXIS CARREL	M. le Professeur R. MORNEX
SUD-OUEST	M. le Professeur J. NORMAND
LYON NORD	Directeur : M. le Docteur J.P. NEIDHARDT
	Directeur honoraire : M. le Professeur A. BERTOYE
Biologie Humaine	M. le Docteur J.P. REVILLARD (MCA)
Techniques de Réadaptation	M. le Docteur A. MORGON (MCA)
Sciences Pharmaceutiques	M. le Professeur BIZOLLON
Sciences Odontologiques	M. le Docteur R. VINCENT
Institut régional d'éducation physique et sportive ..	Président du conseil d'UER : M. le Professeur
	R. GUILLET,
	Directeur M. A. MILLON
Mathématiques	M. le Professeur E. COMBET
Physique	M. le Professeur J. DELMAU
Chimie et Biochimie	M. le Professeur J. HUET
Sciences de la Nature	M. le Professeur R. GINET
Sciences Physiologiques	Mlle le Professeur J.F. WORBE
Institut Universitaire et Technologie n°1	M. le Professeur B. POUYET
Institut Universitaire et Technologie n°2	M. J. GALLET (Directeur ENSAM)
Observatoire	M. M. MONNET (Astronome Adjoint)
Physique Nucléaire	M. le Professeur GUSAKOW
Mécanique	Mlle le Professeur G. COMPTE-BELLOT.



Examineurs de la Thèse :

Président	:	Monsieur le Professeur M. COLIN
Assesseurs	:	Monsieur le Professeur Agrégé VEDRINNE
		Monsieur le Professeur Agrégé DEVILLARD
		Monsieur le Professeur Agrégé MARIE-CARDINE

A MES PARENTS,

A MICHELE,

A MA FAMILLE,

A MES AMIS,

A NOTRE PRESIDENT DE THESE :

Monsieur le Professeur M. COLIN,

Nous savons l'intérêt qu'il porte de longue date aux problèmes psychopathologiques des transplantés Nord-Africains.

Nous tenons à le remercier de l'honneur qu'il nous fait en présidant notre jury.

A NOS JUGES :

Monsieur le Docteur VEDRINNE,
Maître de Conférence Agrégé

Monsieur le Docteur DEVILLARD,
Maître de Conférence Agrégé

Monsieur le Docteur MARIE-CARDINE
Maître de Conférence Agrégé

Nous les remercions d'avoir bien voulu juger
ce travail.

A ceux qui m'ont enseigné :

- pendant l'Externat :

Monsieur le Professeur LEJEUNE
et Monsieur le Professeur BOUVIER

Monsieur le Professeur SOUSTELLE

Monsieur le Docteur NAUDIN

Monsieur le Professeur KALB

Monsieur le Professeur M. GIRARD

Monsieur le Docteur Agrégé GARDE

- pendant l'Internat :

Monsieur le Docteur J.P. VIGNAT

Monsieur le Docteur J.P. LOSSON

INTRODUCTION

Ce travail est une réflexion sur les différents problèmes soulevés par la maladie mentale chez de jeunes adolescents et de jeunes adultes hommes, appartenant à la "Deuxième Génération" : ce sont des jeunes gens dont les parents ont émigré pour venir travailler en France, abandonnant leur pays de façon temporaire ou définitive (le choix n'est pas défini au départ dans la plupart des cas et ne se définit que par la suite, le plus souvent dans le sens d'un retour au pays d'origine, désir profondément inscrit en eux se réalisant à plus ou moins longue échéance). Je me suis seulement préoccupé de ceux originaires des pays d'Afrique du Nord composant le Maghreb, tel que le définit M. GHORBAL (15) dans sa thèse sur les enfants de la "Deuxième Génération" : ces pays d'origine sont l'Algérie, le Maroc et la Tunisie. Ces jeunes gens sont, pour certains nés en France, pour d'autres nés dans leur pays d'origine et venus ultérieurement.

Ce qui m'a tout d'abord déterminé pour effectuer ce travail, c'est le fait d'avoir été amené à m'occuper, durant la période de mon Internat, de quelques malades répondant à cette définition et, en particulier, trois d'entre eux dont je rapporte les observations plus en détail. Certes, j'ai eu l'occasion de prendre en charge un nombre beaucoup plus important de malades français et j'aurais pu faire une étude analogue les concernant, puisqu'il s'agit avant tout d'un travail portant sur des malades hospitalisés dans un service de psychiatrie. Mais dans la détermination de ce choix, d'autres facteurs plus ou moins conscients, du moins au début, sont intervenus.

Ce fut tout d'abord de simples constatations faites au cours de ma pratique journalière :

- une première d'entre elles, fut l'apparition d'un phénomène nouveau avec l'arrivée dans le service de ces jeunes transplantés qui n'étaient plus le "traditionnel travailleur immigré hospitalisé à la suite du non moins traditionnel accident du travail et pour lequel toutes les ressources thérapeutiques à notre disposition n'aboutissaient le plus souvent qu'à un échec répétitif qui remettait en cause notre propre narcissisme de soignant et était, de ce fait, à l'origine de notre contre-transfert négatif à son égard". Avec ces jeunes transplantés, il

fallait faire face à une situation nouvelle et être susceptibles de sortir de nos réactions routinières.

- une deuxième fut le fait, qu'avec ces jeunes malades existait tout un processus pathologique connu auquel nous pouvions répondre, puisque les symptômes qu'ils nous offraient, étaient ceux que nous rencontrions habituellement ; mais de plus, avec eux, était présente leur appartenance à une autre civilisation et à un autre passé culturel, source de modification, d'aménagement des tableaux symptomatologiques. Faire la part de chacune des deux influences, reçues simultanément mais en des lieux différents, sur la pathologie présentée et sur la relation thérapeutique qui s'instaurait à partir de cette pathologie, avec tout ce que cela comportait de positif et de négatif, d'enrichissant et de source de conflits, m'a paru intéressante et être l'occasion de mieux connaître l'une et l'autre de ces deux civilisations.

Puis, au fur et à mesure qu'avancait ce travail, j'ai pu mettre à jour quelques motivations, plus profondes et plus personnelles, qui au départ ne m'étaient pas apparues comme prévalentes.

Il y eut tout d'abord, le fait de me demander pourquoi j'étudiais la maladie mentale en particulier chez des hommes appartenant à une autre civilisation. L'univers de la Folie étant lui-même un univers si différent de celui que l'on côtoie habituellement, s'intéresser à ceux qui y vivent, n'est-ce pas déjà le besoin de voir ailleurs, dans l'Autre, ce que l'on pressent de potentiel en Soi, mais qui nous demeure Etranger ? N'est-ce pas la constatation qu'entre Folie et Normalité, la limite n'est pas toujours bien établie, d'où ma propre angoisse face à la folie d'un autre, mais semblable à moi quant à ses origines, qui m'a incité à transposer la folie chez un autre différent de moi du fait même de ses origines, différence évidente celle-là ? Localiser la folie chez un autre déjà défini comme l'Etranger me la rendait moins angoissante.

Il y eut aussi de ma part un besoin de réparation né de la culpabilité que peut ressentir tout homme appartenant au pays qui est responsable, en partie, de la migration de leurs parents. Tout le passé colonialiste que nous avons pu découvrir et étudier dans les livres d'histoire, avec les rapports spécifiques "Colonisateur-Colonisé", toute la période de la guerre d'Indépendance, plus proche de nous et dont nous pouvons encore cotoyer certains protagonistes, tout le présent

de néo-colonialisme économique dont nous voyons les conséquences dans la vie de tous les jours, sont autant de faits, qui font en sorte, qu'on peut se sentir concerné par ces hommes d'une autre Culture. Consacrer ce travail à leurs problèmes, représentait pour moi, sinon un moyen de me donner bonne conscience, du moins l'espoir d'une meilleure compréhension à leur égard.

Enfin, et ce fut une constatation que je fis après avoir effectué tout le travail de recherche, l'approche de ces jeunes malades m'a amené à découvrir et à mieux connaître leur Culture d'origine à travers leurs modes de vie, leurs coutumes, ainsi que leurs auteurs et leurs divers modes d'expression artistique. Je tiens à préciser qu'il ne s'agissait point là d'une curiosité de "collectionneur de papillons". Cette approche correspondait davantage à une recherche plus profonde survenant à un moment, où notre civilisation occidentale n'arrive plus à répondre à des besoins d'évasion, de rêve qui existent en chacun de nous. On n'a que les voyages que l'on se donne ! Ainsi l'approche et la découverte de la Civilisation et de la Culture arabes, effectuées au cours de la genèse de ce travail, me sont-elles apparues par la suite comme suffisamment motivantes pour mener plus avant ces recherches.

En ce qui concerne la réalisation de ce travail, le matériel clinique que j'ai utilisé est constitué par les observations de jeunes hommes, âgés de 17 à 25 ans lors de leur hospitalisation. D'origine maghrébine, essentiellement algérienne et tunisienne, ils sont, soit nés en France, soit nés dans leur pays d'origine et venus ultérieurement dans notre pays. Ils ont alors la nationalité de leurs parents. Pour quelques-uns d'entre eux, l'origine est mixte puisqu'un de leurs parents est maghrébin (dans les cas recensés dans le service, il s'agit toujours du père) et l'autre est français. Dans ce cas, ils sont pratiquement tous nés en France et peuvent avoir l'une ou l'autre nationalité.

Dans une première partie, des observations des 14 malades correspondant à la définition ci-dessus, ayant été hospitalisés depuis 1969, date d'ouverture du service jusqu'à 1977, date de départ de ce travail, j'ai rapporté de façon plus détaillée celles de trois d'entre eux dont je me suis plus particulièrement occupé. A partir de ces observations j'ai pu faire quelques premières remarques se rapportant à chacune d'elles. Elles m'ont paru intéressantes et représentatives, du fait de leur variété, tant dans les données sociologiques que dans les données purement cliniques.

Dans une deuxième partie, j'ai fait une étude analytique plus complète à partir de toutes les observations recueillies afin de dégager quelques idées générales :

- étude des éléments connus quant à l'origine sociale, les conditions socio-économiques, les habitudes de vie et leurs conséquences sur le déroulement de l'histoire personnelle de ces jeunes adultes.

- étude des différents tableaux cliniques rencontrés avec la symptomatologie, le profil de l'hospitalisation, l'évolution avec les particularités éventuelles dues à l'origine de ces malades.

Enfin dans les deux dernières parties plus théoriques, j'ai envisagé successivement :

1 - le problème de l'existence de cette "Deuxième Génération". En effet, il s'agit tout d'abord d'enfants de migrants, c'est-à-dire de gens qui se sont coupés de leur histoire nationale et qui ont abandonné le pays où ils sont nés. Ensuite, bien que nés en France ou y étant venus très jeunes, donc, ayant reçu une Culture française (scolarité en France, mode de vie francisé, aspirations analogues à celles de leurs "copains" français du même âge), ils sont toutefois les héritiers d'une autre Culture dont leurs parents sont les dépositaires. Cette culture, quoique entachée par le phénomène de la colonisation, demeure très forte au sein du groupe familial, voire même renforcée du fait de l'isolement par rapport au cadre habituel. Avec eux se pose donc le problème de l'appartenance culturelle, besoin de se définir par rapport à l'une ou l'autre de ces deux cultures, et celui de la recherche d'identité. Enfin, en dehors du fait de leur origine complexe, ce sont de jeunes adultes sortant de l'adolescence qui auront à affronter et surmonter tous les problèmes inhérents à cette période de la vie avec, en plus, les difficultés propres à leur situation particulière :

- l'entrée dans la vie active avec toutes les implications politiques et sociales que cela sous-tend : position de ces enfants d'immigrés ayant eux-mêmes une place particulière au sein de cette société. Avec leur entrée dans la vie professionnelle plusieurs désirs vont cohabiter : désir personnel d'avoir une place supérieure à celle du père et d'être reconnu comme membre à part entière, participant à la vie sociale ; désir des parents, soit de réaliser leur propre intégration par la réussite sociale de leurs enfants, soit d'envisager leur retour au pays, leurs enfants ayant un métier, leur permettant d'accéder à un poste de responsabilité et représentant pour eux-mêmes, une façon honorable de réintégrer leur milieu d'origine et l'Histoire de leur pays.

- l'abord de la vie sexuelle adulte avec la réactivation des problèmes personnels mais aussi, ceux plus spécifiques, d'ordre raciste qui, absents à la petite enfance, sont apparus à la prime adolescence, lors de l'entrée au lycée et ont souvent été mis "en sourdine", par l'intégration au sein d'un groupe de copains ou d'une bande d'adolescents où la différence de race n'intervient que rarement. Avec l'abord de la vie sexuelle, c'est une nouvelle confrontation avec leur double appartenance : d'un côté les jeunes filles Arabes qui ne sortent pas et restent donc pour eux très mystérieuses : elles seront les femmes qu'on épouse ; de l'autre côté les jeunes filles Françaises que l'on rencontre, mais qui restent souvent inaccessibles.

2 - le problème de l'hospitalisation de ces jeunes Arabes dans un service de psychiatrie, qui réalise une nouvelle situation réactivant les problèmes liés aux difficultés de communication et d'intégration rencontrées du fait de leur double origine.

- dans une premier temps nous verrons les différents facteurs intervenant lors de cette rencontre, qu'il s'agisse du long passé historique commun, qu'il s'agisse du néo-colonialisme et de ses conséquences : immigration, surpopulation étrangère et les problèmes de xénophobie qui en résultent, ou qu'il s'agisse de façon plus générale des problèmes en liaison avec nos sentiments et préjugés racistes, face à celui qui est différent de nous.

- en second lieu nous réfléchirons sur les dangers inhérents à une telle rencontre : se laisser dominer par sa propre attitude raciste, ce qui empêchera toute approche et toute tentative thérapeutique, aboutissant à un rejet essentiellement dû à des préjugés ; ne voir en l'Autre que ce qui le distingue de nous et mettre sur le compte de cette fameuse différence, toute sa pathologie sans aborder les conflits intra-psychiques qui lui sont propres, d'où à nouveau, une attitude de rejet.

MESSAOUD, FARID, RABAH,

"Pendant longtemps, je n'ai pas su que j'étais Arabe, parce que personne ne m'insultait. On me l'a seulement appris à l'école".

E. AJAR

La vie devant Soi

I - 1ERE OBSERVATION : M..., 23 ANS

Cette première observation est celle d'un jeune malade, d'origine Algérienne, âgé de 23 ans, que j'ai connu lors d'un remplacement d'Interne que j'effectuais dans le service où il venait juste d'arriver. Par la suite, alors que j'avais changé de service, au sein du même hôpital, j'ai continué à le suivre pendant son hospitalisation et même après sa sortie.

Il était adressé par un médecin généraliste pour "un syndrome dépressif avec alternance d'épisodes d'agitation et de prostration".

A son arrivée, il se présentait comme un jeune homme très européennisé, habillé à la mode, n'ayant ni les traits, ni l'apparence extérieure typiquement arabes ; ceci était d'ailleurs pour lui, l'objet de préoccupations constantes : il évitait de s'exposer au soleil pour être le moins basané possible, il se faisait couper les cheveux très courts afin de ne pas friser... Le résultat obtenu était tel, qu'on n'était pas d'emblée, face à un Arabe.

Les premiers jours, le contact fut difficile à établir, M. (il se faisait appelé Christian), demeurant très en retrait, observant ce qui se passait autour de lui, et simultanément, venant dans la salle de soins où il participait à des conversations entre soignants. Il apparaissait très anxieux, en proie à un sentiment de panique intense. Puis progressivement, il a commencé à se détendre ; on a pu alors le voir de façon plus organisée et amorcer une prise en charge psychothérapique.

I.1 - SON HISTOIRE PERSONNELLE :

Il est né d'un père et d'une mère Algériens, ayant opté tous les deux pour la nationalité française.

De sa petite enfance, il ne gardait aucun souvenir précis, si ce n'est que ses parents ne s'entendaient pas bien.

Ceux-ci se séparent, lorsqu'il a 12 ans. Il vit alors avec sa mère et sa soeur aînée.

Son père, plus âgé que sa mère, semble très mal supporter cette séparation. En effet, il laisse périlcliter son affaire commerciale, et se met à boire. Il meurt en 1971 ; M. qui est alors en prison, n'apprendra son décès que plusieurs mois après.

M. va en classe jusqu'en 3ème où il réussit son BEPC. Ses professeurs disent de lui : "garçon intelligent et vif". Après ce succès, il abandonne l'école, et commence à mener une vie marginale, commettant avec des copains, au sein d'une bande, des actes de délinquance : vols de voiture, petits cambriolages. Il est arrêté et condamné : prison et éducation surveillée.

A 20 ans, étant de nationalité française, il fait son service militaire, dont il gardera un très bon souvenir : très bien intégré, il entretient de bons rapports avec ses supérieurs dont il est apprécié. Il parle de cette période avec enthousiasme, et la dépeint comme la plus "chouette" de sa vie.

Après son service militaire, il se retrouve seul, dans une situation analogue à celle précédant son départ, sans soutien familial : son père est mort, sa mère et sa soeur, n'ayant pas accepté sa conduite délinquante, l'ont rejeté. Il mène alors une vie marginale, cette fois-ci dans le milieu des adultes. A nouveau arrêté, il est condamné à 4 mois de prison ferme ; cette expérience qu'il vivra comme dégradante, le traumatisera beaucoup.

A sa sortie de prison, il change radicalement de mode de vie. Il se met à travailler de façon régulière. Il revoit sa mère et sa soeur. C'est aussi à cette époque, qu'il rencontre une jeune femme, qui a déjà deux enfants d'un précédent mariage. Ils vont vivre ensemble pendant deux ans, sans problèmes majeurs. Stabilisé sur le plan affectif, M. essaie alors de reprendre ses études, tout en travaillant comme chauffeur-livreur la journée, il suit des cours de Capacité en Droit le soir.

Mais, après quelques mois de cette vie, apparaissent des scènes de ménage : son amie se laisse influencée par ses collègues de travail qui lui font remarquer le côté provoquant et scandaleux de sa liaison avec ce jeune Arabe. Au cours d'une dispute, où elle l'accuse de la tromper, il la frappe. Elle porte plainte pour coups et blessures. M. se retrouve au Poste de Police où, étant donné ses origines et ses antécédents, on le "bouscule" (des agents, le traitent de "sale Arabe" et déchirent une photographie de son père, qu'il avait toujours sur lui). Devant cette attitude, il se fâche et casse tout dans le Poste de Police. Il se retrouve une nouvelle fois en prison.

A sa sortie, une tentative pour reprendre la vie commune avec son amie, se solde par un échec. Profitant d'un de ses déplacements, elle disparaît sans laisser d'adresse. C'est après quelques jours passés à l'attendre, qu'il vient se faire hospitaliser.

Son hospitalisation durera deux mois. A sa sortie, il se désocialise peu à peu, et reprend une vie marginale. Il tente alors un retour en Algérie, chez un frère de son père ; c'est un nouvel échec.

De nouveau en France, il nous donne de ses nouvelles de façon épisodique. Il travaille très irrégulièrement, reprend des études par correspondance et réussit son baccalauréat. Ses derniers projets sont de faire des études de Médecine ou de Droit.

1.2 - SON HOSPITALISATION :

Il y eut tout d'abord une période, qui fut une période d'observation réciproque et pendant laquelle il se tenait à l'écart de la vie institutionnelle, apparaissant très anxieux et déprimé ; en apparence très préoccupé par ses problèmes personnels, en fait, on s'en est rendu compte par la suite, observateur attentif à tout ce qui l'entourait. Il faisait les cent pas dans le service, venait parfois s'asseoir dans le bureau médical ou la salle de soins restant silencieux ou parlant de tout et de rien avec tout le monde, sans jamais parler de lui.

Ensuite, après cette première période où nous avons respecté son désir de

"solitude accompagnée", il a commencé à se détendre et a pu venir à des entretiens réguliers. Il parlait alors assez volontiers de lui, racontant et exprimant ses désirs, ses désillusions et son amertume.

Après mon départ du service, il a continué à venir me voir ; il était alors pris en charge de façon bi-polaire : je le voyais en entretien, deux fois par semaine, tandis qu'un autre médecin, assumait tout ce qui concernait son traitement et ses rapports avec l'institution. Il avait obtenu une chambre individuelle, et était de ce fait, assez indépendant.

Notre projet thérapeutique, était avant tout, de lui proposer un lieu et un temps pour aborder ses difficultés personnelles avec des personnes prêtes à l'écouter et à l'aider à progresser dans cette démarche. Celle-ci consistait essentiellement, en se situant au sein de l'institution, à trouver sa place à l'extérieur et assumer ainsi ses origines et son histoire.

Dans l'ensemble, les autres membres de l'équipe soignante, n'intervenaient pas, plutôt neutres que bienveillants ; cette attitude concertée, a permis qu'il se sente suffisamment libre au sein du service, pour y établir des relations interpersonnelles satisfaisantes ; elle explique aussi le fait qu'il continue à nous informer de ses faits et gestes, comme si l'hospitalisation avait été un moment privilégié de son histoire personnelle, auquel il se réfère encore lorsqu'un événement nouveau survient dans sa vie.

1.3 - REFLEXIONS :

Ainsi ce jeune patient apparaît comme un "écorché vif" qui se sent en permanence humilié et tente de se donner et, par conséquent, de donner aux autres, une image qui compense une identité qu'il réfuse.

Imprégné d'une Culture française qu'il a reçue dès son plus jeune âge (d'autant plus que son milieu familial n'était pas traditionnel, ses parents ayant opté tous les deux pour la nationalité française), il reste cependant profondément marqué par son appartenance à une autre Civilisation, et par conséquent à une autre Culture qu'il ne connaît qu'indirectement et pour laquelle il se montre très cu-

rieux : curiosité faite, à la fois, du besoin de connaître et d'accepter le patrimoine héréditaire légué par ses ancêtres et du besoin d'expliquer cette différence, qui fait de lui un Arabe aux yeux des Autres et qu'il essaie, en vain, de faire disparaître.

Il demeure étranger dans son pays d'origine qu'il n'appréhende qu'à travers le discours déformé de ses parents et de son entourage, et dans son pays d'adoption, dont il a pris la nationalité et dont il possède pourtant la culture qu'il a reçue à l'école et dans la rue. Il n'a pas, à la différence des immigrants volontaires, une histoire personnelle dans le pays d'origine, ce qui constitue une référence permettant de supporter les vexations et les humiliations subies, et d'entretenir l'espoir d'un retour ; il n'a pas non plus, l'immunité relative qu'entraîne la poursuite d'études supérieures (la culture secondaire ou universitaire, quel que soit le lieu où on l'acquiert, est pour une large part transculturelle et fournit à l'individu, indépendamment de la Culture dont il est issu et de celle qui l'accueille, des moyens de défense presque universellement adaptés).

Héritier d'une Civilisation ayant une Culture et une Histoire à laquelle il ne peut raccrocher sa propre histoire, et imprégné d'une autre Culture qui lui permet seulement de constater qu'il est différent des Autres, sans l'aider à assumer cette Différence, il n'arrive pas à s'intégrer et ne peut davantage envisager un retour dans son pays d'origine.

Aussi, depuis qu'il a réalisé qu'il y a en lui quelque chose de différent qui fait de lui un Etranger, toute sa vie est une suite de tentatives effectuées pour gommer cette différence. Il faut à tout prix faire mieux que n'importe quel Français face à une situation donnée, afin d'être reconnu comme l'un d'eux. C'est à l'occasion de l'échec d'une de ses tentatives qu'il est venu dans le service, présentant un tableau anxio-dépressif important.

L'échec de toutes ses tentatives, n'est d'ailleurs pas un fait du hasard et semble résumer toute la dynamique de son histoire personnelle. En effet, il apparaît clairement que, pour lui, réussir son intégration sous-entendrait un rejet de ses origines et par là même de son père. Ayant vécu avec sa mère après la séparation de ses parents, étant en prison lors du décès de son père (d'où un fantasme d'être à l'origine du décès de son père), il éprouve une culpabilité qu'il semble vouloir réparer en permanence ; rejeter son père une deuxième fois pour par-

venir à son intégration, serait un nouvel abandon qu'il ne peut assumer.

Il lui est donc impossible de mener une vie normale, n'ayant pas surmonté l'alternative dans laquelle il se débat : renier tout ce qui est Arabe en lui, à commencer par son prénom, jusqu'à ses racines profondes (rejet du nom du père) et réussir une intégration viable au sein de la Société Française ou bien, accepter ses origines Arabes et par conséquent, assumer sa position d'Etranger au sein de cette même société, alors qu'il est de nationalité Française et qu'il possède avant tout une Culture française.

Son intégration par le biais d'une vie marginale est le seul compromis qu'il ait réalisé jusqu'à présent et qui lui permet d'exister sans renier ses origines, et en particulier son père, ni ses acquis culturels, essentiellement représentés par la Culture française.

II - 2EME OBSERVATION : F..., 19 ANS

Cette deuxième observation est celle d'un jeune Algérien de 19 ans, né d'un père Algérien et d'une mère Française, admis en Placement d'Office dans le service pour une bouffée délirante s'accompagnant de conduites agressives à l'encontre de ses parents.

Dès son entrée, le contact a été difficile. Il parlait peu, restant muré dans son silence et ne répondant qu'avec réticence aux questions qu'on lui posait.

Il tenait un discours très délirant ; il disait qu'on l'avait volé à la naissance, que ses parents "actuels" l'avaient pris à une famille française dont il précisait même le nom. Il accablait de reproches son entourage, disant qu'il lui faisait subir des sévices corporels et moraux. Il accusait surtout son père qu'il traitait de voleur, menteur, fraudeur et meurtrier. De façon plus globale, il en voulait aux Algériens et affirmait qu'il était Français. Il parlait aussi d'un jeune frère, blond, dont s'occupaient ses parents et qui, comme lui, était un enfant volé.

A plusieurs reprises, il a exprimé le désir de tuer son père "actuel". Il refusait en permanence ses origines Arabes et manifestait d'ailleurs une attirance marquée pour les personnes blondes : ses "vrais" parents étaient blonds, son frère était blond ainsi qu'une jeune fille qu'il fréquentait et dont il nous parlait souvent.

Par la suite le contenu de son délire s'est modifié ; son père ne l'avait plus volé, mais il était le fils de cet homme et d'une mère française qui serait encore en vie. Il l'aurait rencontrée à plusieurs reprises, mais ne lui aurait pas parlé, de peur d'être battu par son père. Il disait aussi qu'il s'était vu à la télévision avec ses vrais parents, ce qui lui avait fait découvrir toute la vérité. Il disait être drogué par son père, son patron et d'autres personnes sans pouvoir préciser leurs mobiles respectifs.

1.1 - SON HISTOIRE PERSONNELLE :

En fait, son délire prenait son origine à partir d'une réalité assez complexe de sa biographie.

En effet, son père s'est marié une première fois avec une Française. Ils ont eu deux fils : F. et son frère, blond. Sa mère est morte alors qu'il avait 2 ans. Il est alors placé avec son frère dans différentes institutions. Son père, qui, entre temps s'est remarié avec une Algérienne qui a déjà deux enfants d'un précédent mariage, le reprend lorsqu'il a 6 ans. De son deuxième mariage il a encore deux enfants.

De son enfance, F. n'exprimait aucun souvenir précis, du moins ne verbalisait rien à ce sujet, si ce n'est son délire qui ne faisait que calquer une réalité complexe.

Il a une scolarité normale ; il obtient son Certificat d'Etudes Primaires, puis commence un apprentissage de charcutier qu'il doit interrompre lorsqu'il est hospitalisé.

1.2 - SON HOSPITALISATION :

Dans le service, son délire s'est progressivement estompé. F. restait cependant très méfiant. Il se sentait regardé et jaloué par les soignants et les autres malades. Il restait le plus souvent dans son lit et ne parlait que pour formuler des demandes sur la durée de son hospitalisation, la date de sa sortie. Il disait qu'il n'était pas malade et que son père ne l'avait amené là que pour le punir.

Après 3 mois passés dans le service, il est sorti avec un traitement neuroleptique retard, sans que les problèmes aient pu être abordés, mais surtout en raison de notre crainte de le voir se chroniciser.

Six mois plus tard, il revenait accompagné par son père ; il menait alors, une vie complètement "folle" aux dires de son père, étant souvent ramené la nuit

par la Police ou les Pompiers au domicile de ses parents. Il ne prenait plus aucun traitement. Son père qui ne comprenait pas pourquoi F. était si différent de ses autres enfants, nous demandait de le garder. Pendant l'entretien, F. restait silencieux et figé dans une attitude d'écoute ; quelquefois, il coupait la parole à son père pour lui dire que le "pipeau" marchait bien.

Une fois, installé dans le service, F. a repris ses habitudes ; il restait allongé sur son lit, entrouvrant un oeil lorsque quelqu'un approchait, puis le refermant aussitôt. Quand on lui adressait la parole, il ne nous répondait pas ou disait qu'il ne nous connaissait pas, mais qu'on savait tout de lui.

Par la suite, il a surtout parlé avec un infirmier ; il exprimait à nouveau un délire de persécution : "Une DS noire voulait m'écraser, mais je n'ai rien eu. Un homme en noir était au volant et voulait me tuer. Mais je suis plus fort que lui. Il vient tous les soirs me voir avec ses copains et me menace. Moi, je n'en veux à personne, pourquoi veut-on me faire du mal ?" Il exprimait beaucoup d'idées délirantes où revenaient sans cesse des thèmes de mort.

Peu à peu, il s'est détendu, devenant moins délirant mais restant très interprétatif ; il rangeait le personnel en deux catégories : les "bons" qui ne lui faisaient pas de mal et les "mauvais" qui le persécutaient. Très solitaire dans le service, il déambulait dans les couloirs ou restait couché. Les médicaments que lui donnaient les "mauvais" infirmiers le persécutaient beaucoup. Au cours des entretiens, lui-même se montrait très changeant, passant d'un état de douceur "angélique" à un état très méfiant nous jetant alors des regards très durs.

Il passait son temps à attendre son père pour partir en permission.

Après la période où il exprimait un délire à thèmes persécutatoires, lorsqu'il acceptait de sortir de son mutisme, on a pu constater l'apparition d'une période où son attitude dans ses relations au sein de l'institution s'est modifiée : il usait tour à tour du registre de la perversion et de celui de la débilité. N'exprimant plus d'idées délirantes, il était devenu un petit garçon, tantôt pervers, tantôt débile, qui passait son temps à attendre son "bon" papa.

A sa sortie du service, son état était identique. Son père l'a alors emmené en Algérie.

Actuellement il est à nouveau dans le service. En effet, en Algérie, après une période pendant laquelle il a travaillé avec ses cousins à la ferme de son oncle et sortait avec eux pour se distraire, il a recommencé à mener une vie désordonnée, si bien que sa famille l'a renvoyé en France où très vite la situation s'est dégradée, F. devenant très violent.

F. nous parle avec enthousiasme de son séjour en Algérie, passant sous silence les épisodes ayant motivé son retour. Dans le service, il reprend un comportement infantile, parlant "petit bébé" quand on lui pose des questions auxquelles il ne veut pas répondre. Il apparaît de plus en plus déréalisé, incapable de verbaliser un désir. Toute proposition de notre part, n'aboutit qu'à un échec, F. n'arrivant pas à se fixer sur un projet à long terme. Physiquement même, il exprime cette instabilité, ne restant jamais longtemps à la même place, comme si ne se trouvant bien nulle part, il devait toujours être en mouvement.

2.3 - REFLEXIONS :

Cette observation m'a paru intéressante du fait de la pathologie présentée par ce jeune malade. En effet, il s'agit d'une décompensation sur un mode délirant pouvant tout d'abord être considérée comme une bouffée délirante aiguë, mais qui du fait de l'évolution s'est avérée être une forme de début d'une psychose.

Le contenu même du délire présente une particularité : il s'agit d'un véritable délire de filiation tel que le définit V. BORDARIER (2) dans sa thèse :

"Dans un premier groupe, la filiation réelle est rejetée, déniée et remplacée par une autre totalement imaginaire.

C'est le délire de filiation. Il s'agit d'une croyance délirante que le père ou même les deux parents ne sont pas les vrais. Dans quelques cas, ils conservent leur réalité de géniteurs mais leur identité est transformée. Quelquefois la réalité vient induire le fantasme. Toutes ces constructions imaginaires donnent un aspect romanesque à la biographie délirante et sont assimilables à un roman familial sauf qu'il est pris pour la réalité.

Très souvent ce phénomène est transitoire, au début ou à la fin d'une évolution psychotique. Quelquefois, ce n'est qu'une partie du délire.

A un degré de plus de rupture avec le réel, on voit quelquefois se dessiner une conception très dualiste du monde avec un clivage de celui-ci en une série de couples d'opposés : Bien/Mal, Esprit/Matière, Ciel/Terre... aboutissant dans une vision très manichéenne de l'univers, à un rejet en bloc de toute filiation charnelle, biologique, sexuée jugée impure...".

Chez ce jeune Algérien qui pendant l'enfance et la première adolescence n'a pas présenté de troubles pathologiques, du moins à notre connaissance, la décompensation apparaît au moment où il est confronté à de nouvelles difficultés particulières à l'adolescence : son entrée dans le monde du travail, ses premières aventures sentimentales et ses problèmes au sein de sa famille.

On peut remarquer que son délire s'organise à partir d'une histoire familiale complexe ; complexité du fait d'un premier mariage de son père avec une Française, puis d'un second mariage avec une Algérienne ayant déjà des enfants d'un autre mariage, d'où la coexistence sous le même toit de plusieurs enfants, de trois lits différents.

On peut remarquer aussi qu'au cours de sa phase délirante, il disait s'appeler B..., nom patronymique de sa mère, rejetant ainsi son nom arabe et à travers lui, le nom de son père, équivalent à un rejet de la filiation instituée et des conflits oedipiens qui lui sont rattachés.

Puis peu à peu son délire déborde du cadre familial, pour englober tout l'environnement. Tout se passe, en effet, comme si F. cherchait en permanence à rejeter une partie de lui-même. Ceci apparaît dans son délire : tantôt il rejette en bloc ses origines Arabes, accusant son père de l'avoir enlevé, s'inventant une famille française imaginaire, tantôt il accuse le personnel médical français de vouloir l'enlever à son père "actuel" ; passant d'une attitude à l'autre, il arrive à un tel degré de rupture avec la réalité, qu'il se met à projeter sa propre dualité sur le monde extérieur.

Par la suite l'évolution se fait vers une cédation des idées délirantes. F. s'installe alors dans un apragmatisme important avec disparition de l'angoisse

et cédation apparente des conflits internes. Il adopte une attitude très passive ; très régressé, il est aussi très discordant, étant à la fois relativement bien adapté au sein de l'institution et incapable de se débrouiller seul à l'extérieur du fait d'une instabilité incessante, d'un désintérêt pour tout et d'une innaffectivité apparente importante. Cette attitude passive sera d'ailleurs l'occasion de voir apparaître chez les soignants une agressivité que seul l'abandon de tout projet de réinsertion de F. dans la vie active, du moins dans l'immédiat, fera disparaître.

Cette dernière attitude apparaît comme une nouvelle forme de défense permettant à F. de se retrancher derrière son silence et d'éviter ainsi une réalité insupportable et angoissante. Il aboutit à l'éviction de tous ses problèmes dûs à des conflits familiaux et à toutes les questions qu'il se pose sur ses origines, devenant un petit garçon sans souci.

Cette attitude semble d'ailleurs convenir parfaitement au père de F. Du fait de la mort de sa mère alors qu'il était très jeune, du fait du rejet profond de la part de sa belle-mère, F. a toujours été très proche de son père qui a, avec lui, une attitude très maternante, voire même hyper-protectrice. Celle-ci semble d'ailleurs être renforcée du fait que le père de F. est un grand invalide, qui a perdu sa place traditionnelle du père ; dépossédé de son autorité paternelle par sa femme et les fils de celle-ci, il semble s'être résigné à sa condition d'"homme objet" plus ou moins lié au bon vouloir de sa femme. Il n'y a qu'avec F. qu'il essaie encore d'être à la fois père et mère, le sur-protégeant et l'empêchant aussi de se réaliser dans sa propre dualité.

Ainsi, devant l'absence d'images parentales suffisamment différenciées (image maternelle d'une mère Française morte et d'une belle-mère Algérienne rejetante ; image paternelle très dévalorisée du fait de la perte de l'autorité paternelle au sein de la famille par son père), F. n'a pu effectuer des identifications suffisamment solides pour lui permettre d'assumer sa double origine. C'est, dans un premier temps, en délirant (délire de filiation où il rejette son origine Arabe en s'inventant une famille Française) qu'il peut exister au sein de la société Française. Dans un deuxième temps, et ce après plusieurs hospitalisations, il parvient à régresser suffisamment pour redevenir un tout petit enfant qui n'a plus aucun problème d'identité.

III - 3EME OBSERVATION : R..., 19 ANS

Cette dernière observation est celle d'un jeune Algérien de 19 ans, adressé dans le service en Placement Volontaire par le pavillon d'Urgence avec le certificat suivant :

"ce malade présente :

- un état d'agitation avec fugue du lieu d'hospitalisation ;
- un délire persécutoire à base d'hallucinations visuelles et auditives et d'interprétation ;
- des éléments dépressifs importants avec désir d'autolyse".

Il avait été conduit au pavillon d'urgence, car il s'était agité chez lui et avait menacé ses parents. Très délirant et persécuté, il disait que ses professeurs étaient racistes et lui en voulaient.

A son arrivée dans le service, il est apparu terrorisé et très angoissé. Il parlait beaucoup et vite, avec volubilité, passant d'un sujet à un autre sans transition, semblant combler tout vide qu'il ne paraissait pas supporter. Son anamnèse était difficile à faire car il se contredisait sans cesse, changeant de registres, tantôt très agressif, tantôt très charmeur. Très théâtral dans sa présentation, il occupait tout l'espace de la pièce, se déplaçant sans cesse, se traînant par terre, se jetant à nos pieds. Il disait que les autres malades l'effrayaient beaucoup et s'interrogeait sur notre identité et notre fonction : "Psychiatre ou malade ?".

Il parlait de ses parents avec beaucoup de mépris et simultanément nous demandait de les appeler : "Ce sont tous des c.. d'Arabes conformistes, petits en tout..." puis un instant après : "Dites à mes parents de venir me voir".

Il se présentait comme un jeune homme très francisé, habillé à la mode, portant les cheveux longs, n'ayant pas du tout le type Arabe. Il s'exprimait parfaitement en Français, apparaissant très vif et intuitif.

Deux jours après son arrivée, ses parents sont venus le voir, et très culpabilisés à l'idée de l'abandonner dans ce milieu psychiatrique (son père, peintre en bâtiment avait effectué des travaux dans un autre hôpital psychiatrique et avait eu l'occasion de rencontrer des malades hospitalisés depuis très longtemps), ont préféré l'emmener avec eux.

Quelques jours après, ils nous demandaient de venir le chercher car R. avait un comportement totalement inadapté et devenait à nouveau très agressif avec son père et surtout sa mère qu'il menaçait.

Venu en consultation quelques jours après cet appel, il a accepté de rester. Il exprimait alors une angoisse de destruction physique, de morcellement, demeurant toujours très théâtral dans ses attitudes. Il restait aussi très préoccupé par ses problèmes d'appartenance culturelle et d'identité.

3.1 - SON HISTOIRE PERSONNELLE :

Il est né de parents Algériens ; son père est peintre en bâtiment. Il est venu en France à l'âge de 25 ans et y vit depuis. Sa mère, plus jeune est venue rejoindre son mari secondairement ; elle ne travaille pas.

Né en France, il est le quatrième enfant de la famille qui en compte 12 ; on note un frère aîné, mort-né.

Il ne parle pas de son enfance ; sa scolarité se déroule normalement jusqu'en classe de Seconde. C'est un élève doué, très fort en littérature. A partir de cette classe de Seconde il commence à ne plus travailler : "J'étais plus fort que les autres, je savais tout en Français, les professeurs ne m'apprenaient plus rien !". Il décide alors d'abandonner ses études et à la fin de la classe de Première quitte le lycée malgré les conseils de son père. Il se met alors à faire du théâtre, s'inscrivant à des cours d'art dramatique au Conservatoire et jouant dans une troupe d'amateurs, au grand désespoir de ses parents. Ceux-ci, très conformistes, comme il le répétait souvent, envisageaient pour lui une profession plus stable, lui donnant en exemple ses soeurs aînées qui étaient secrétaires.

C'est après quelques mois de cette vie, qu'il est hospitalisé dans le service.

3.2 - SON HOSPITALISATION :

Pendant son séjour, qui va durer 3 mois, il s'est progressivement modifié dans sa présentation ; petit à petit, il a abandonné son comportement théâtral. Ses idées délirantes, ses questions permanentes concernant son identité culturelle et ses origines ont disparu. Simultanément, s'est opérée une transformation physique qui a fait écrire dans son dossier : "le beau papillon s'est fait couper les ailes !". En effet, il semblait avoir perdu toute étincelle de vie, toute vitalité et avait retrouvé un comportement hyperadapté (sa famille lui avait fait couper les cheveux et venait régulièrement faire le ménage dans sa chambre où il se plaisait à entretenir du désordre). Le traitement neuroleptique, l'institution, sa famille normalisante, tout avait contribué à en faire un être parfaitement social.

A sa sortie, il est retourné dans sa famille qui était très satisfaite du résultat obtenu.

Actuellement, il vit toujours chez ses parents, menant une vie inactive et oisive. Il n'a aucun projet d'avenir et ne semble pas vouloir adhérer aux différentes propositions qu'on lui fait. Il vient régulièrement en consultation, accompagné de son père, qu'il suit comme un petit enfant. De temps en temps, cependant, il échappe à ce milieu étouffant en faisant une fugue de quelques jours, mais très vite il est récupéré par son père qui le ramène alors à la maison.

3.3 - REFLEXIONS :

Dans cette observation, on peut déjà noter qu'il s'agit d'une famille arabe très traditionnelle, ayant conservé les habitudes de vie du pays d'origine. Le père depuis longtemps en France, apparaît très francisé, parlant bien Français et affirmant qu'il a réussi à s'intégrer sans difficultés allant même jusqu'à souligner qu'il n'a jamais rencontré de problèmes d'ordre raciste. Vérité ou véritable déni

de la réalité ? Par ailleurs, il éduque ses enfants de façon traditionnelle avec une prévalence de l'autorité paternelle. Mais il semble surtout s'attacher à la réussite de leur intégration, celle-ci devant trouver sa consécration dans une insertion socio-économique totale ; il veut leur donner la possibilité d'acquérir une bonne situation, c'est-à-dire un métier honorable et stable. Il a envoyé tous ses enfants à l'école et est très fier de leur réussite. R. qui apprenait bien, représentait pour son père celui qui avait le plus de chances de réussir. Il semble avoir projeté sur lui tous ses désirs de réalisation personnelle, sans tenir compte de ce qu'il pouvait y avoir de différent entre eux.

De même, dans l'histoire personnelle de R. tout porte à penser qu'il avait le même projet. A l'école il devient un des meilleurs élèves, surtout en Français où il est toujours le premier de sa classe. Mais dans sa réussite scolaire, il poursuit un but différent et plus ambitieux que celui que lui assigne son père. Celui-ci se contente de vouloir en faire un comptable ce qui, pour le travailleur immigré qu'il est, représente le maximum auquel son fils puisse prétendre et la clé d'une intégration réussie. R. au contraire, bien qu'étant l'héritier direct de sa Culture d'origine et de l'éducation qu'il a reçue de ses parents, est totalement imprégné de la Culture française qu'il vit quotidiennement. Ainsi, il désire mener une existence semblable à celle de ses camarades de lycée, d'origine française. Mais très vite, il se heurte aux Autres qui lui signifient qu'il est Etranger. Parallèlement ses parents lui tiennent un discours analogue : "Tu n'es que le fils d'un Immigré, essaie de faire mieux que ton père, mais ne rêve pas !".

Ce problème d'intégration, qui semble avoir été tout d'abord celui de ses parents et plus particulièrement celui de son père, est devenu ultérieurement celui de R. qui, jusqu'en seconde, ne s'était jamais préoccupé de sa condition d'enfant d'immigrés.

Quoi d'étonnant à ce que, lorsqu'il décide de quitter l'école pour faire du théâtre, choix qui n'est pas acceptable pour son père, ce soit l'occasion d'un affrontement dont R. ne sortira que malade. (le théâtre ne correspond pas à une situation honorable telle que la conçoit le père de R. et est de plus, entaché de préjugés défavorables dans la culture Arabe traditionnelle :

"La religion musulmane, dit R. BOUDJEDRA (3), prohibe toute forme de représentation humaine qu'elle considère comme un crime de lèse-majesté à l'égard de

Dieu. Aller au théâtre, c'est se dévoyer. Quant à en faire, c'est renier sa religion et accepter la malédiction divine").

Avec l'éclatement de ce conflit, apparaissent les conduites pathologiques et l'éclosion d'une symptomatologie délirante.

Dans la mesure où elle lui a permis d'exprimer ce qu'il ressentait de potentiel en lui, d'accéder à un monde où les différences de race, de culture, sont plus un élément moteur et enrichissant qu'une barrière infranchissable, l'expérience théâtrale de R. semble avoir favorisé en lui l'émergence de nombreuses interrogations concernant les deux Cultures dont il est porteur mais qui le laissent dans l'impossibilité de se situer et de se reconnaître pleinement dans l'une ou l'autre.

Dans le service, son besoin de savoir qui est soignant, qui est malade, semble n'être qu'une projection ou un déplacement de ses propres interrogations : "Qui suis-je ? Arabe ou Français ? Fou ou Normal ?"

Sa façon d'exprimer ses conflits est très théâtrale, aussi bien dans la tournure de ses réparties que dans sa manière de se déplacer ou de nous interpeller. Il n'est plus qu'un acteur qui se débat dans une alternative dont la seule issue possible est la Folie :

- Accepter son statut d'enfant d'Immigré et de ce fait reconnaître que son père a raison : "Je dois me contenter d'un petit emploi de "gratte-papier" et renoncer à réaliser mes désirs", ce qui lui est impossible d'où sa réponse : Je deviens Fou".

- Refuser ce statut et ainsi désobéir à son père et s'isoler du milieu familial : "Je réalise mes rêves, mais je me retrouve doublement seul, puisque ma famille me rejette et que les autres ne me reconnaissent pas comme un des leurs", ce qui lui est aussi impossible, d'où sa réponse : "Je deviens Fou".

La folie représente un compromis qui lui permet de ne faire aucun choix définitif pour l'une ou l'autre Culture et par conséquent l'un ou l'autre mode de vie. Ainsi il peut éviter de renoncer à ses idéaux tout en ne désobéissant pas à son père.

Son état, qui satisfait pleinement la famille est la réalisation de la première donnée de l'alternative dans laquelle R. se débat. Elle aboutit à la réintégration dans le milieu familial et la société d'un individu ayant perdu tout élan vital et ayant renoncé du moins en apparence à ses aspirations démesurées ; mais mieux vaut un enfant "zombifié" mais sage, qu'un fils "théâtreux" et ayant des prétentions au-dessus de sa condition !

Se préparant à un avenir conforme aux désirs de ses parents, il réalise une situation a-conflictuelle où lui-même n'est plus angoissé, puisqu'il n'a plus de problèmes d'identité du fait qu'il n'existe pas.

ETUDE ANALYTIQUE DES DOSSIERS

*"On repère les étrangers
à ce qu'ils sont trop conformes au modèle social.*

KAFKA
Le Château

I - INTRODUCTION

Cette partie du travail est réalisée à partir des dossiers de jeunes malades d'origine maghrébine, hospitalisés dans un service d'adultes. Ils dépendent du secteur psychiatrique comprenant les localités suivantes : St Fons, La Mulatière, St Genis-Laval, Oullins et Pierre-Bénite.

Un recensement de tous les dossiers de malades Nord-Africains suivis depuis 1969, date d'ouverture du service, permet de constater l'apparition d'un phénomène nouveau.

En effet, à côté des patients Maghrébins, plus ou moins âgés, venus en France à des âges différents, mais, dans tous les cas pour y travailler, on observe, et ce, en raison d'une évolution historique normale, l'arrivée d'une nouvelle catégorie de malades : ce sont de jeunes adultes, qui ayant entre 17 et 30 ans, sont les enfants de ces travailleurs immigrés. Ils ne représentent encore, que 12 % de l'effectif maghrébin que compte ce service, soit 14 dossiers sur 120 au total. Toutefois, on peut déjà remarquer que leur nombre augmente chaque année. Il faut aussi mentionner que ce travail, réalisé dans un service d'adultes, ne prend pas en considération le cas des jeunes enfants et des jeunes adolescents de moins de 16 ans, hospitalisés ou suivis en consultation dans les services de psychiatrie infantile.

Cette étude analytique de dossiers a pour but :

- dans un premier temps, de donner des renseignements sur les conditions socio-économiques de ces jeunes hospitalisés avec les points communs et les différences entre les divers cas : informations concernant, tout d'abord, les jeunes malades eux-mêmes (sur leur origine, leur nationalité, l'âge de leur premier contact avec la France, leur scolarité, leur formation professionnelle...) ; renseignements, ensuite, concernant leur famille (nationalité des parents, situation du couple parental, situation professionnelle du père ...).

- dans un deuxième temps, de tracer un profil de leur hospitalisation et de donner un aperçu des tableaux cliniques présentés pour essayer de dégager quelques idées générales sur la pathologie de ces jeunes transplantés.

Sur les 14 dossiers au départ, 12 seulement, concernant des jeunes adultes Maghrébins âgés de 17 à 24 ans et hospitalisés pour des troubles du comportement, entrent dans le cadre de ce travail. Les 2 dossiers éliminés, ne sont pas significatifs, quant au problème qu'ils posent, et n'apporteraient aucun élément susceptible d'être pris en compte dans cette étude.

Il s'agit :

- pour le premier, du cas d'un jeune malade Tunisien, encéphalopathe, qui nous était adressé pour un placement provisoire; sa mère qui en avait la charge, devait se faire hospitaliser. Elle n'avait eu que la ressource de l'hôpital psychiatrique pour prendre soin de son fils pendant son absence. Nous avons joué ce rôle à deux reprises.

- pour l'autre cas, d'un jeune Algérien, sourd et aveugle. Il nous était confié par sa soeur, qui en avait la charge, dans l'attente d'un placement en institution spécialisée. Il n'est resté que deux mois, le temps nécessaire pour effectuer les démarches administratives en vue de ce placement.

Auparavant, je donnerai un bref rappel historique de l'émigration maghrébine vers la France, puis quelques chiffres qui permettront de saisir l'importance de ce phénomène.

II - LE PHENOMENE MIGRATOIRE MAGHREBIN VERS LA FRANCE

2.1 - BREF RAPPEL HISTORIQUE :

L'émigration maghrébine vers la France a débuté par une phase algérienne ; cette population reste encore l'élément dominant sur le plan quantitatif.

En 1912, une enquête officielle révéla l'existence de 4 000 à 5 000 Maghrébins répartis dans les principaux centres industriels (mines du Pas-de-Calais, usines de Paris, Lyon, Marseille...).

Le premier mouvement collectif fut essentiellement déclenché par la conjoncture politique - la Première Guerre Mondiale - qui a contraint le gouvernement français à recruter une main d'oeuvre étrangère. C'est pourquoi, le nombre des Maghrébins, atteignit près de 400 000, pendant les années 1914-1918. Mais ils durent repartir en grand nombre, à la fin de la guerre, leur présence n'étant plus nécessaire sur le sol métropolitain.

A partir de ce moment-là, et jusqu'en 1947, l'immigration maghrébine ne fut plus composée d'éléments isolés. Aux causes psychologiques et politiques, allait peu à peu s'ajouter le facteur démographique. A la veille de la Deuxième Guerre Mondiale on comptait 90 000 Maghrébins en France.

Depuis la fin de la guerre, l'émigration vers la France reprend en flèche et devient familiale. On distingue alors trois périodes :

- de 1946 à 1955, la période du contrôle de l'immigration par l'Office National d'Immigration.

- de 1956 à 1973, la période du laisser faire, avec une acceptation

de fait, de l'immigration clandestine par les pouvoirs publics.

- depuis 1973, la reprise en main des flux migratoires et l'élaboration d'une politique officielle de l'Immigration.

En ce qui concerne la migration familiale, le premier recensement des familles Algériennes en France fut effectué par le Ministère de la Santé et de la Population en Mai 1952. Ainsi il n'est pas aisé de savoir comment avait évolué la migration familiale entre 1927 et 1952 (1927, étant l'année approximative de l'arrivée des premières familles algériennes dans la région parisienne).

C'est donc, surtout après 1950, que la migration familiale algérienne prend de l'ampleur. Cependant, c'est à la faveur de la Guerre d'Algérie que les femmes et les enfants arrivèrent en France en grand nombre. Enfin, le mouvement migratoire de nombreuses familles a été en s'amplifiant, au lendemain de l'Indépendance algérienne en 1963. Même la réglementation, qui empêche le travailleur immigré de faire venir sa femme et ses enfants, s'il ne dispose pas d'un logement jugé satisfaisant par les Autorités Françaises, instituée par le protocole du 10.04.1964, n'a en rien diminué l'ampleur du phénomène.

Dans son livre sur les travailleurs étrangers, J. MINCES (4) remarque :

"Depuis 1968, il y a une nette augmentation de l'immigration familiale maghrébine..."

C'est entre 1965 et 1966, que le nombre des entrées de travailleurs maghrébins a été le plus important, mais ce n'est que 2 ou 3 ans plus tard, après la période d'installation, qu'ils ont fait venir leurs familles".

2.2 - QUELQUES DONNEES STATISTIQUES :

Les chiffres cités proviennent de deux sources :

- les statistiques du Ministère du Travail au 1er janvier 1975, rapportées dans le livre de B. GRANOTIER (5).

- les statistiques de l'INSEE au 1er février 1975, rapportées par M. GHORBAL (1) dans sa thèse.

Sur le plan national, de 410 000 en 1962, le nombre des Maghrébins passe à 1 300 000 en 1975.

- Statistiques du Ministère du Travail au 1.01.1975 :

Population étrangère	4 128 312
Population maghrébine	1 335 927
se décomposant comme suit :	
Algériens	871 223
Tunisiens	162 479
Marocains	302 225

- Statistiques de l'INSEE au 1.02.1975 :

Population étrangère	4 235 826
Population maghrébine	1 373 850
Algériens	884 320
Tunisiens	167 463
Marocains	322 067

Sur le plan départemental (département du RHONE) :

- Statistiques de l'INSEE au 1.02.1975 :

Population étrangère	158 625
Population maghrébine	78 440
se décomposant comme suit :	
Algériens	59 300
Tunisiens	14 430
Marocains	4 710

On peut constater, qu'avec 43 % de sa population étrangère, maghrébine, contre 33 % sur le plan national, le département du Rhône a une forte implantation maghrébine.

On peut remarquer aussi la faible implantation marocaine et à l'inverse, la forte proportion de Tunisiens, ce qui est un phénomène particulier à cette région.

En ce qui concerne la Deuxième Génération :

- sur le plan national, sur environ 950 000 enfants étrangers, on compte 310 000 enfants maghrébins, soit 22,8 % de la population maghrébine totale et 33 % de la population étrangère de moins de 17 ans.

- sur le plan départemental, sur 55 155 enfants étrangers, on dénombre 30 800 enfants maghrébins, soit 45 % de la population maghrébine totale et 56 % de la population étrangère de moins de 17 ans.

Ce bref rappel numérique sur les enfants étrangers en France, montre la place importante qu'occupent les enfants maghrébins, et tout particulièrement dans notre région.

III - APPROCHE SOCIOLOGIQUE

3.1 - DONNEES CONCERNANT LE MALADE :

3.1.1 - le prénom :

Dans sa thèse, M. GHORBAL (1), souligne que la falsification du prénom, est un des premiers troubles de l'identité apparaissant chez les jeunes de la Deuxième Génération.

"Pour le petit enfant, son identité se résume d'abord, par son prénom ; la reconnaissance du nom et du rôle d'identification au niveau de l'individu s'opère ultérieurement".

Il ajoute que ce trouble peut déboucher très rapidement sur un refus des origines et des racines.

Dans la presque totalité des cas observés dans le service, les jeunes malades avaient un prénom d'origine arabe : Ahmed, Farid, Kamel, Mohamed, Noured-dine...

Un seul, né de père algérien et d'une mère française, avait un premier prénom arabe et un second français : Messaoud, Michel. Il se faisait appeler aussi bien Messaoud que Michel et ne semblait pas avoir de préférence particulière pour l'un ou l'autre.

Enfin, dans un seul cas, on a pu constater une véritable falsification du prénom. Ce malade s'appelait Messaoud, mais se faisait prénommer Christian. Il n'a jamais pu me préciser à quel moment exact de sa vie était apparu ce phénomène,

ni ce qui avait motivé le choix de ce prénom. Dans sa famille et son entourage, on l'appelait Christian. Une tentative de ma part, d'utiliser son prénom arabe pour l'interpeller, s'était rapidement soldée par un échec ; il répondait alors avec réticence et, seulement après un certain temps de réflexion. Pour sa part, il alléguait que l'usage d'un prénom français lui avait considérablement simplifié la tâche, pour se faire admettre au sein des différents groupes d'adolescents qu'il avait pu fréquenter. En effet, il me disait que les autres membres du groupe, avaient du mal à retenir son prénom arabe ou, le restituaient déformé. Cette attitude, qu'il vivait comme un rejet, l'agaçait et le mettait en colère. Il prétendait aussi, que, lassés de ne pas connaître son prénom avec exactitude, les autres finissaient par ne plus l'appeler. Pour lui, tout se passait en somme, comme si son intégration au sein du groupe, était ralentie du fait des difficultés à mémoriser son prénom. En fait, interprétant le comportement des membres du groupe comme une véritable attitude persécutrice envers lui, il ne faisait que projeter sur eux, ses propres difficultés à communiquer et l'angoisse née de sa recherche permanente d'une identité culturelle.

3.1.2 - lieu de naissance et origines :

En fait, parmi ces jeunes patients, on peut considérer deux catégories :

- ceux, nés de parents de nationalité différente ; dans tous les cas recensés dans le service, la mère est de nationalité française, le père de nationalité algérienne ou tunisienne. Ils sont au nombre de 3, et dans les trois cas ils sont nés dans la région.

- ceux, nés de parents de même nationalité algérienne ou tunisienne. Dans ce deuxième groupe, qui comprend 9 cas, deux sont nés en France et les sept autres en Algérie ou en Tunisie (essentiellement Sétif pour l'Algérie et Tunis pour la Tunisie).

On peut remarquer, l'absence de jeunes d'origine marocaine, dans l'échantillon observé, ce qui peut s'expliquer par la faible implantation d'immigrés Marocains dans la région.

3.1.3 - la nationalité :

Comme précédemment, il existe la même distinction :

- ceux, dont les parents sont de nationalité différente. Dans ce cas, les enfants ont la nationalité du père, c'est-à-dire dans les trois cas recensés dans le service, la nationalité algérienne.

En fait, de façon générale, pour les enfants, nés de parents de nationalité différente, se pose le problème de la double nationalité.

"La question de la double nationalité, dit A. ZEHRAOUI (6), se complique encore sensiblement lorsqu'il s'agit de déterminer si les enfants, nés en France, de père ou de mère algérienne, et de l'un des deux conjoints, français, peuvent être considérés comme citoyens algériens ou français. En principe, pour l'Algérie le problème ne se pose pas, dès lors qu'elle reconnaît ses enfants comme étant Algériens. Mais, de son côté, la France les considère comme citoyens français, du moins jusqu'à l'âge de 21 ans.

Ainsi, lorsqu'il atteint sa majorité, l'enfant peut demeurer français ou acquérir la nationalité de l'un des deux conjoints étrangers : en demandant à l'Etat français la levée des liens d'allégeance, et dans ce cas, la France peut lui opposer une fin de non recevoir, sans qu'elle ait à motiver ce refus ; ou alors, l'enfant se trouve purement et simplement déchu de sa nationalité française, bien que cela soit extrêmement rare.

Le sentiment de la double appartenance au niveau de la nationalité, ne manque pas de toute façon, à plus ou moins long terme, d'avoir des conséquences sur le plan humain, car elle crée une situation conflictuelle pour les enfants comme pour les parents, que les uns comme les autres, ne peuvent totalement dépasser qu'en surmontant de nombreuses difficultés".

En plus de ces problèmes psychologiques, ces enfants sont amenés, notamment au cours de leur scolarité, à surmonter des difficultés supplémentaires. En effet, si depuis une circulaire de novembre 1973, les enfants de travailleurs immigrés ont le droit de prétendre aux bourses de l'enseignement secondaire dans les mêmes conditions que les jeunes Français, si, conformément aux Accords d'Evian ils

peuvent prétendre aux bourses de l'enseignement supérieur jusqu'à leur majorité, lorsqu'ils arrivent à cet âge, ils doivent choisir : soit devenir Français et pouvoir éventuellement continuer leur formation universitaire en obtenant des bourses, soit devenir Algérien et interrompre leurs études, ce qui est une manière de les inciter à opter pour la nationalité française ou de les pénaliser dans le cas contraire.

- ceux dont les parents ont tous les deux la même nationalité. Dans ce cas, les enfants prennent la nationalité de leurs parents, mais ont aussi, la possibilité, de choisir la nationalité française à leur majorité, s'ils désirent obtenir une bourse pour l'enseignement supérieur.

Dans un seul des cas étudiés, le malade était de nationalité française, ses parents tous les deux d'origine algérienne, ayant opté secondairement pour la nationalité française.

3.1.4 - l'âge d'arrivée en France :

Sur les 12 malades, 5 sont nés en France ; les autres nés en Algérie ou en Tunisie, sont arrivés ultérieurement avec leurs mères pour rejoindre leurs pères, déjà installés en France depuis quelques années. L'âge d'arrivée diffère suivant les cas, mais, pour la majorité, il se situe entre la première et la dixième année. Un seul d'entre eux, n'est venu qu'à l'âge de 16 ans.

Ainsi, ayant quitté, enfant, leur pays d'origine, ou ne l'ayant jamais connu du fait de leur naissance en France, ils ne connaissent comme pays, que la France, c'est-à-dire leur pays d'adoption. Ils n'appréhendent leur pays d'origine qu'à travers le discours de leurs parents, la visite d'un parent éloigné resté au pays ou encore durant des vacances passées dans ce pays.

Ils sont donc, dès leur petite enfance, en contact avec la Culture française, tout en étant imprégnés de leur Culture d'origine, au sein de leur milieu familial et ont ainsi, un statut culturel ambigu. Ne possédant réellement, ni groupe d'appartenance, ni groupe de référence, ils se retrouvent en marge de ces deux cultures.

3.1.5 - la scolarité :

Pour les 12 malades du service, la scolarité a été différente. Cependant, dans la plupart des cas, elle a été brève, puisque les 3/4 d'entre eux ne sont pas allés au-delà du CEP.

En effet, les différents cursus scolaires se composent comme suit :

- 9 ne sont allés qu'à l'école primaire jusqu'au CEP. Les anamnèses, n'étant pas toujours très précises, il est difficile de savoir la proportion ayant obtenu ce diplôme. Toutefois, on sait ce qu'ils ont fait ensuite :

- . un a fait un apprentissage de cuisinier et a obtenu son CAP.
- . un a fait un apprentissage de charcutier, mais n'a pas pu le terminer, étant hospitalisé à ce moment-là.
- . tous les autres sont immédiatement entrés dans la vie active.

- 3 ont suivi un enseignement secondaire avec plus ou moins de succès :

- . un s'est arrêté en classe de 5ème, puis s'est inscrit dans une école privée où il a fait deux ans de comptabilité.
- . un a obtenu son BEPC puis a arrêté ses études. Il a alors mené une vie marginale effectuant des travaux non déclarés, jusqu'à son hospitalisation. Ensuite il a repris ses études et a passé avec succès son Baccalauréat. Il n'a pas poursuivi et a repris une vie au jour le jour.
- . enfin, un s'est arrêté en classe de 1ère, alors qu'il avait de bons résultats. Il avait son BEPC. Après son départ de l'école, il s'est inscrit à des cours de théâtre et a fait partie d'une troupe amateur jusqu'à son hospitalisation.

A travers ces différentes observations, on peut donc relever le faible niveau scolaire de la majorité de ces jeunes adultes. Aucun de ceux hospitalisés dans le service, n'a abordé l'enseignement supérieur. Un seul a obtenu son Baccalauréat, un seul son BEPC ; les autres ont suivi une filière technique, un seul d'entre eux

obtenant son CAP.

Mais dans la majorité des cas, la scolarité s'arrête au Certificat d'Etudes Primaires, soit à 14 ans (la scolarité n'étant obligatoire que jusqu'à 14 ans pour les cas étudiés).

L'entrée dans la vie active se fait dès leur sortie de l'école, sans qu'ils aient la moindre qualification professionnelle. C'est aussi à ce moment-là, que pour la plupart d'entre eux, a lieu le premier contact avec la délinquance. Ceci résulte en grande partie de leurs difficultés à trouver du travail rapidement. Les conditions économiques actuelles étant telles que le chômage touche électivement les jeunes n'ayant jamais travaillé, se retrouvant oisifs et soumis à de nombreuses sollicitations de l'extérieur, ils deviennent délinquants.

Ces données résultant de l'étude d'un échantillon restreint recoupent celles rapportées par A. ZEHRAOUI (1).

"Sur les 280 enfants des familles, de l'enquête, 53 ne sont pas scolarisés, 176 sont à l'école primaire, 12 sont actuellement salariés et 39 sont en apprentissage, en lycée ou en collège. Aucun des enfants n'est dans l'enseignement supérieur, mais 3 sur 39 sont bacheliers et 6 ont obtenu le brevet ou le CAP, tandis qu'un certain nombre d'enfants en primaire, en secondaire ou en apprentissage ont du retard scolaire".

N'arrivant pas à acquérir une éducation suffisante et les diplômes leur permettant de prétendre à des situations supérieures à celles de leurs parents, il semble que ces adolescents aient du mal à surmonter le handicap de leur origine et à dépasser le statut socio-économique que la société d'accueil reconnaît à leurs parents.

Tout se passe, comme si un certain nombre d'enfants de travailleurs immigrés étaient préparés à prendre la relève de leurs parents dans le processus de production, en tant que manoeuvres, OS ou à la rigueur ouvriers qualifiés".

3.1.6 - la situation professionnelle :

Au moment de leur hospitalisation, aucun d'entre eux, n'était scolarisé :

- 3 ne travaillaient pas : l'apparition des premiers troubles ayant nécessité une hospitalisation coïncide, dans ces cas-là, avec la fin de la scolarité ; de ce fait, ils n'avaient pu entrer dans la vie active.

- 2 sont en centre de formation professionnelle accélérée après avoir fait différents travaux dès la fin de leur scolarité.

- 2 travaillent de façon très épisodique et le plus souvent par l'intermédiaire des agences de travail temporaire ; le reste du temps, ils vivent d'expédients : vie marginale semi-délinquante.

- enfin 5 seulement, ont un emploi fixe : 3 sont employés comme OS2 dans différentes usines de la région, un est peintre en bâtiment, le dernier est laveur de carreaux.

On constate ainsi, que l'insertion socio-professionnelle de ces jeunes adultes est souvent un échec, même pour ceux qui ont des diplômes. Ceci, est peut-être dû à l'instabilité que l'on observe chez eux et qui se traduit par l'absence de qualification, le changement fréquent d'employeur, les interruptions nombreuses et le passage à la délinquance.

Toutefois, on remarque aussi, que certains d'entre eux, ayant un emploi fixe, n'arrivent pas, en raison de leur faible niveau scolaire, à obtenir une qualification professionnelle.

3.1.7 - la situation civile :

Pour ces jeunes adultes, âgés de 17 à 24 ans, et hospitalisés dans le service, on note que :

- un seul est marié avec une jeune femme française ; ils vivent chez

les parents de celle-ci ; cette situation particulière ne va pas sans poser des problèmes au couple.

- un, vit maritalement avec une jeune femme française qui a déjà deux enfants d'un premier mariage. Dans ce cas, des difficultés avec la belle-famille ont débouché sur une séparation.

- les dix autres sont célibataires et vivent, soit chez leurs parents avec leurs frères et soeurs, soit dans des foyers. Trois sur les dix habitent dans un foyer SONACOTRA où on retrouve une majorité de travailleurs immigrés.

A partir de ces observations et prenant en considération les données d'autres enquêtes, on peut remarquer qu'ils se marient, dans l'ensemble, relativement tard. En premier lieu, ces jeunes gens, ayant des conditions de vie difficile et un avenir souvent incertain, hésitent à fonder un foyer ; en second lieu, ils rencontrent, plus que les autres, des difficultés pour se marier ; enfin, ils conservent vis-à-vis de la femme et du mariage une attitude traditionnelle : ils ont pour les jeunes filles qu'ils peuvent rencontrer librement, des préjugés défavorables qui font, qu'ils ne leur proposent pas le mariage ; en revanche, il leur est souvent difficile de rencontrer les jeunes filles qu'ils désireraient épouser. Ils se heurtent aussi à l'évolution de la mentalité des jeunes filles immigrées, qui refusent de se laisser marier et de plus en plus veulent choisir elles-mêmes leur mari.

3.2 - DONNEES CONCERNANT LEURS PARENTS :

3.2.1 - la situation matrimoniale :

Sur les 12 observations, il n'y a que deux cas, où les couples sont désunis : les parents sont alors divorcés. Dans les dix autres cas, il ne semble pas exister de difficultés majeures au sein du couple parental, et à travers le discours des malades, le milieu familial apparaît plutôt stable.

3.2.2 - le nombre d'enfants :

Dans les 12 cas recensés, les jeunes patients, appartiennent, pour la plupart, à des familles nombreuses.

En effet, dans 5 cas sur 12, la fratrie dépasse dix enfants par famille. Dans 6 cas, le nombre des frères et soeurs est supérieur à quatre. Enfin dans un seul cas, la famille ne comprend que deux enfants.

Ainsi, voit-on des jeunes gens issus de milieu traditionnel, composé d'un nombre élevé d'enfants, ce qui ne favorise pas l'épanouissement de chacun, étant données les conditions socio-économiques où ils sont amenés à vivre : revenus mensuels faibles, conditions d'habitation insuffisantes...

En ce qui concerne le rang du jeune malade dans la fratrie, dans presque un cas sur deux il s'agit de l'aîné de la famille, du moins l'aîné des garçons.

Ainsi retrouve-t-on une notion que M. GHORBAL (1) a dégagée dans sa thèse : le taux de morbidité important des aînés des familles maghrébines : dans son travail, il en notait 63 sur 135 cas observés, soit 46,5 %, contre seulement 12 % en ce qui concerne le dernier-né.

Il cite d'ailleurs à l'appui de cette particularité, un proverbe arabe :

"La maison des musulmans comporte le roi (le dernier-né), la reine (la mère), le cochon (le frère aîné), et la bête de somme (le père)"...

3.2.3 - la nationalité :

Il s'agit de 3 couples mixtes : dans les 3 cas, l'homme étant Algérien, la femme étant Française ; et de 9 couples où les conjoints ont la même nationalité : 7 couples sont algériens et les deux autres sont tunisiens.

3.2.4 - le lieu et le mode d'habitation :

En raison de la politique de secteur régissant l'hospitalisation en milieu psychiatrique, il s'agit de jeunes malades qui habitent la banlieue sud-ouest de LYON : La Mulatière, St Fons, Oullins, St Genis-Laval et Ste-Foy-lès-Lyon.

Pour la plupart, ils logent dans les cités HLM construites dans la périphérie de la ville.

3.2.5 - la profession :

Il s'agit, dans la presque totalité des cas, d'envisager la seule profession du père, la mère ne travaillant pas le plus souvent. Ceci est essentiellement vrai, lorsque la mère est immigrée elle aussi. Elle reste alors à la maison. Dans les trois cas où elle est Française, la femme travaille : une, comme ouvrière ; une, comme femme de ménage et une, comme aide-soignante.

En ce qui concerne la situation du père, dans 4 cas, on ne connaît pas sa profession, en raison d'un oubli au cours de la prise de l'observation. Dans les 8 cas restants, il s'agit essentiellement de travailleurs manuels et souvent sans qualification : 3 sont employés dans le secteur du bâtiment avec une qualification (peintre en bâtiment, maçon et menuisier-charpentier), 3 sont des employés municipaux en qualité de cantonniers, ce qui signifie qu'ils n'ont aucune qualification, et enfin un est routier.

Dans tous les cas, il s'agit d'emplois très mal rétribués, correspondant aux plus bas revenus dans l'échelle des salaires.

Un seul d'entre eux appartenait à une catégorie professionnelle plus favorisée, puisqu'il était commerçant : il exploitait un café-restaurant.

IV - APPROCHE CLINIQUE

4.1 - PROFIL DE L'HOSPITALISATION :

4.1.1 - âge du patient lors de sa première hospitalisation :

Il s'agit là, de considérer l'âge qu'ils avaient lors de leur première hospitalisation dans le service. On constate que ce sont tous de jeunes adultes âgés de 17 à 24 ans.

17 ans	1
18 ans	1
19 ans	3
20 ans	1
21 ans	1
22 ans	1
23 ans	3
24 ans	1

4.1.2 - qui nous l'envoie ?

La demande d'intervention est faite dans tous les cas, soit par les parents, lorsque le malade habite encore chez eux, soit, lorsqu'il vit en foyer, par le Directeur ou un éducateur de ce foyer. Dans un seul cas, le malade est venu de lui-même à la consultation du service.

Il nous est adressé :

- soit par le médecin traitant de famille ou le médecin de garde en

cas de troubles aigus entraînant des perturbations au sein de la famille et nécessitant l'intervention rapide de l'équipe médicale : 7 cas sur 12.

- soit par le Pavillon N où le jeune malade a le plus souvent été emmené par les Pompiers ou la Police à la suite de crises d'agitation aiguës : 4 cas sur 12.

- soit par un autre hôpital où le jeune malade était déjà hospitalisé pour un bilan somatique : 1 cas sur 12

4.1.3 - mode de placement :

Service Ouvert	10 cas
Placement Volontaire . .	1 cas
Placement d'Office . . .	1 cas

Dans les deux derniers cas, il s'agissait de bouffées délirantes aiguës, s'accompagnant de comportements agressifs du jeune malade envers ses parents, et ayant nécessité l'intervention de la Police. Dans ces deux cas, les modes de placement ont très vite été modifiés en Service Ouvert, la symptomatologie ayant rapidement cédé au traitement.

4.1.4 - durée du séjour :

Cette durée varie selon les cas ; en effet, elle va de une journée - le malade ayant fugué le lendemain de son arrivée dans le service - à plusieurs mois. Cependant, en moyenne, elle se situe entre 3 semaines pour les courts séjours et trois mois pour les séjours plus longs.

4.1.5 - suites après la sortie :

Après leur première hospitalisation :

- certains ont été hospitalisés à nouveau dans le service pour des rechutes : jusqu'à ce jour, 4 ont fait 2 autres séjours, 1 a fait 3 nouveaux séjours et enfin 1 en a fait 4.

Actuellement, un d'entre eux est hospitalisé depuis presque un an dans le service.

- certains sont suivis régulièrement en consultation ou viennent de façon épisodique nous donner de leurs nouvelles et faire renouveler leur ordonnance : 2 cas sur 12.

- certains enfin, soit n'ont pas été vus après leur sortie de l'hôpital ou ne sont venus qu'à la première consultation : 3 cas sur 12 ; soit, sont venus pendant un délai plus ou moins long puis n'ont plus donné signe de vie : 1 cas sur 12.

En parcourant ce bref exposé concernant le profil de l'hospitalisation de ces jeunes sujets, on remarque :

- qu'ils nous sont adressés par les circuits habituels ;

- que la durée de leur séjour à l'hôpital, entre 3 semaines et 3 mois en moyenne, se situe dans la moyenne observée avec une population française, du même âge, au sein du même service.

- que les rechutes sont fréquentes, puisque dans un cas sur deux pratiquement, le malade a été hospitalisé à plusieurs reprises par la suite.

- que ceux qui sont améliorés à leur sortie, souvent ne reviennent pas en consultation ou seulement de façon très épisodique, comme s'ils n'avaient pas noué des liens très profonds avec le service.

4.2 - PATHOLOGIE DE CES JEUNES MALADES :

Pour donner un aperçu de la pathologie présentée par les jeunes gens appartenant à la Deuxième Génération, en raison du nombre restreint d'observations étudiées, il m'a paru utile de donner de chacune d'elles, un résumé succinct. J'ai repris également les trois observations rapportées plus en détail auparavant et les ai résumées de façon analogue.

4.2.1 - observations :

○ A... Rabah, 19 ans.

Adressé en placement volontaire pour un délire de persécution avec des hallucinations auditives et visuelles et concernant essentiellement ses origines et son identité culturelle, il avait un comportement agressif envers ses parents. Il présentait de plus des éléments anxio-dépressifs avec des idées d'autolyse.

Au cours de l'hospitalisation, il avait une conduite hypomaniaque avec logorrhée, fuite des idées, hypersyntonie, labilité de l'humeur et théâtralisme alternant avec des phases anxio-dépressives majeures aboutissant à un tableau d'apragmatisme important.

L'évolution en 3 mois, vers une cédation des troubles a fait porter le diagnostic de bouffée délirante aiguë, survenant sur une personnalité limite, présentant des préoccupations d'appartenance culturelle qui ont abouti à l'éclosion d'un véritable délire de filiation dans un contexte anxieux majeur.

L'amélioration a été obtenue au cours de l'hospitalisation par un traitement neuroleptique associé à une prise en charge psychothérapique.

○ B... Messaoud, 23 ans.

Ce malade est venu de lui-même à l'hôpital pour un syndrome anxio-dépressif

réactionnel à des problèmes de couple.

Il s'agissait d'une instabilité caractérielle avec conduites psychopathiques, chez une personnalité fragilisée du fait de sa double appartenance culturelle, qui cherchait en permanence à se donner et donner aux autres une image compensant une identité qu'elle récusait.

Le traitement anxiolytique et antidépresseur, les entretiens psychothérapiques et la prise en charge institutionnelle, ont entraîné une amélioration en 2 mois. Mais après sa sortie, reprise d'une vie marginale.

○ F... Farid, 19 ans.

Adressé en placement d'Office, il s'agissait d'une bouffée délirante ayant pour thème principal des préoccupations d'appartenance culturelle, inaugurant un véritable délire de filiation avec rejet des parents et à partir d'une histoire familiale complexe la création d'un véritable roman familial imaginaire.

Dans le service, après cette phase délirante, installation d'un tableau catatonique avec apragmatisme total et régression majeure. Puis, le malade a cicatrisé sur un mode pervers : conduites psychopathiques au sein de l'institution.

Par la suite il a été hospitalisé à plusieurs reprises pour des épisodes anxieux avec comportements inadaptés à l'extérieur, faisant évoquer une histoire psychotique chronique.

Au cours des différentes hospitalisations, il a eu des traitements neuroleptiques, une prise en charge psychothérapique et bénéficié de différentes techniques d'approche corporelle.

○ B... Kamel, 21 ans.

Malade adressé pour des crises d'agitation aiguës lors d'ivresses paroxys-

tiques avec conduites agressives.

Personnalité fragilisée du fait de sa double origine, ayant des préoccupations d'appartenance culturelle constantes. Il présentait une instabilité caracté-
rielle avec des conduites auto-agressives (ivresses pathologiques) et à plusieurs reprises avait eu des conduites délinquantes qui l'avaient fait emprisonner.

Au cours de l'hospitalisation, qui a duré 1 mois, il s'est amélioré de ses troubles et a pu se restructurer au moyen d'une intégration réussie au sein de l'institution. Il n'a pas eu de traitement médicamenteux.

○ B... Noureddine, 20 ans.

Amené par ses parents, il présentait à la suite d'un accident de moto, un tableau d'asthénie physique et psychique s'accompagnant de plaintes somatiques, essentiellement des céphalées.

Dans le service il avait un comportement de type maniaque (logorrhée, fuite des idées, instabilité physique et psychique), moyen qu'il avait de réagir aux différentes sensations corporelles qu'il ressentait,

La symptomatologie a très vite cédé au traitement neuroleptique.

Mais par la suite, il a été hospitalisé une seconde fois, pour un tableau dépressif majeur avec apragmatisme, perte de l'élan vital.

Depuis, il s'est réinséré à l'extérieur sur un mode psychopathique: il a fait de la prison.

○ C... Abdelamid, 23 ans.

Il s'agit d'un malade adressé pour un tableau catatonique apparu à la suite d'un voyage en Algérie avec sa femme.

A son entrée dans le service, il était très apragmatique : d'un contact flou, il parlait d'une voix inaudible, ne quittait pas son lit, était insensible à l'entourage, gardait les attitudes, ne mangeait pas.

Son hospitalisation a été très courte, ses parents étant venu le récupérer pour le soigner selon leur désir.

Par la suite, il a été hospitalisé à plusieurs reprises pour des épisodes analogues évoquant un tableau psychotique.

○ C... Kamel, 21 ans.

Adressé pour un épisode de destructuration aiguë avec conduites hypomaniaques, système de pensée délirant, impressions bizarres et conduites inadaptées. Nombreuses préoccupations à propos de ses origines et de son appartenance culturelle.

Au cours de l'hospitalisation, il parvient à retrouver ses limites. Disparition de toute sa symptomatologie. Réinsertion à l'extérieur sur un mode marginal avec conduites délinquantes.

Il a été hospitalisé une deuxième fois, pour un état maniaque avec inflation du Moi, rejet de ses origines et véritable délire de filiation. Il s'est à nouveau stabilisé sur un mode psychopathique relativement adapté.

○ E... Mohamed, 18 ans.

Adressé pour un syndrome confusionnel avec discordance, soliloquie, syndrome d'influence et de dépersonnalisation, il a élaboré par la suite, au cours de l'hospitalisation, un véritable délire de filiation avec des thèmes persécutoires et des préoccupations d'identité.

Au cours de son adolescence, il avait eu des conduites délinquantes.

Ses troubles ont très vite cédé au traitement neuroleptique et son hospitalisation n'a duré que 3 semaines.

○ K... Ahmed, 22 ans.

Adressé pour des crises d'angoisse, avec des manifestations paroxystiques à type de crises d'étouffement, cénesthésies...

Au cours de l'hospitalisation qui a duré 1 mois, les manifestations psychosomatiques ont diminué au fur et à mesure qu'il put exprimer ses difficultés à se situer en tant qu'Arabe de la Deuxième Génération et surmonter son problème d'identité culturelle.

Il présentait une instabilité caractérielle majeure ce qui explique en partie sa réinsertion sur un mode marginal à sa sortie.

○ S... Kamel, 23 ans.

Adressé pour un tableau délirant avec conduites hypomaniaques, il présentait un délire portant sur ses origines, sa filiation et les thèmes de mort. Parallèlement il avait un comportement très discordant.

Très vite sous l'effet du traitement neuroleptique, le délire a disparu, laissant la place à un état dépressif avec nombreuses manifestations anxieuses.

○ T... Ahmed, 17 ans.

Adressé dans le service pour des crises paroxystiques avec conduites agressives, à son arrivée il était dans un état, à la limite du délire, avec des impressions bizarres, la sensation d'être observé...

L'EEG a montré par la suite un tracé d'épilepsie, ce qui a permis de considérer ces crises d'agitation comme des équivalents de crises épileptiques.

En effet, les symptômes ont disparu avec la mise en route d'un traitement anticonvulsivant.

○ R... Messaoud, 24 ans.

Adressé pour un tableau délirant, ayant pour thème la Police et la Justice, il s'agissait d'un jeune malade présentant une délire très systématisé et bien enkysté, qui coexistait avec une adaptation au réel sur un mode marginal, alternant les séjours en prison et les hospitalisations en institutions psychiatriques.

Lors de son hospitalisation dans le service, il s'interrogeait beaucoup sur ses origines et voulait retrouver son père Algérien qui l'avait abandonné à la naissance.

Au cours de son hospitalisation qui a duré 2 mois, il s'est très vite intégré à la vie institutionnelle et a peu à peu abandonné l'idée de rejoindre son père en Algérie.

Il a demandé sa sortie pour reprendre sa vie d'errance.

4.2.2 - remarques :

Ainsi, pour les 12 observations rapportées ci-dessus :

a/ dans un cas, il s'agissait de crises d'agitation, équivalents de crises épileptiques, avec à l'électroencéphalogramme un tracé caractéristique d'épilepsie, et pour lesquelles, l'hospitalisation a permis d'instaurer un traitement anticonvulsivant qui a entraîné une disparition des troubles.

b/ dans 8 cas, il s'agissait de malades ayant une structure psychotique et décompensant sur des modes différents :

- pour six d'entre eux, cette décompensation s'est faite sous la forme d'un épisode délirant aigu, dont le thème principal, dans la majorité des cas, était constitué de préoccupations sur l'identité culturelle ; très souvent, on a assisté à un véritable délire de filiation (5 cas).

On retrouve, à ce propos, pratiquement tous les symptômes caractérisant cette forme de délire, dans les différentes observations :

- . à côté du délire de filiation proprement dit, l'existence d'autres thèmes mégalomaniques.
- . l'humeur maniaque contrastant avec des passages dépressifs ;
- . l'aspect maniaque : euphorie, agitation psycho-motrice ou fuite des idées, jeux de mots, insomnie, fatigabilité...
- . les thèmes persécutoires : syndrome d'influence avec hallucinations auditives, cénesthésies, transformations corporelles, jonglage avec la linéarité du temps, la direction du temps.
- . enfin, l'évolution en général courte, mais récidivante.

Par contre, au cours de ces différents tableaux délirants, on ne retrouve qu'exceptionnellement des délires à thème mystique ; comme si la religion musulmane, qui leur est transmise par le milieu familial et plus particulièrement leur père, n'avait pas d'impact profond sur eux et ne représentait pas un élément déterminant dans la constitution de leur personnalité. Cela tient aussi, probablement, à l'essence même de l'Islam, qui, plus qu'un dogme religieux ou une forme de spiritualité, est avant tout un mode de vie pragmatique, particulièrement incrusté dans la vie quotidienne, imprégnant chaque geste et chaque parole de l'homme maghrébin.

De même, on ne retrouve pas de délires à thème d'envoûtement ou de possession, contrairement à ce qu'on peut observer chez les jeunes originaires des départements d'Outremer.

Tout comme la croyance religieuse, la superstition et la croyance au pouvoir magique, transmises par la mère qui trouve en elles un moyen de dominer la réalité

quotidienne qui, souvent, lui échappe et lui paraît mystérieuse, n'imprègnent plus les faits et gestes des jeunes immigrés. La diminution de l'emprise maternelle sur l'éducation des enfants et l'isolement du milieu traditionnel où règne une atmosphère de superstition, entretenue par les différents devins, marabouts et guérisseurs de toute sorte, peuvent expliquer ce détachement par rapport aux croyances ancestrales.

- pour l'un d'eux, il s'agissait d'un délire très systématisé et bien enkysté, coexistant avec une partie saine, permettant une adaptation au réel suffisante, faite de conduites psychopathiques et d'attitudes de dépendance institutionnelle.

- pour le dernier, il s'agissait d'un tableau catatonique grave avec inertie totale, stéréotypies, persévération des attitudes et apragmatisme, sans délire apparent.

c/ dans les 3 autres cas, il s'agissait de structures névrotiques ayant décompensé sur des modes différents :

- une, sur un mode anxio-dépressif, réactionnel à des problèmes familiaux.

- une, sur un mode psychopathologique, avec des conduites agressives au cours d'ivresses paroxystiques.

- une enfin, sur un mode de névrose d'angoisse avec de nombreuses plaintes somatiques et conduites hystérisiformes.

A noter que, dans ces trois derniers cas, au cours des entretiens avec le malade, sont apparues des préoccupations portant sur l'identité culturelle.

Sur l'ensemble des cas, une fois sur deux, on retrouve des conduites psychopathiques au cours de l'adolescence ; il s'agissait essentiellement de comportements de délinquance, ayant entraîné pour certains d'entre eux des séjours en prison.

On peut noter enfin, l'absence de conduites suicidaires parmi ces jeunes

malades, comme si l'interdiction coranique qui pèse sur le suicide, était aussi valable pour la Deuxième Génération. La situation semble très différente chez les jeunes filles Maghrébines pour lesquelles, on observe un nombre de tentatives de suicide important ; cela tient sans doute au fait, qu'ayant beaucoup moins de possibilités d'exprimer leur désir d'émancipation, elles trouvent dans le suicide un moyen d'exprimer leur désespoir et peut-être d'échapper à leur milieu familial. On peut citer comme référence la thèse de Médecine de P. BERGER et A. BARBATI sur le suicide chez les jeunes de la Deuxième Génération.

Ainsi ne peut-on parler de pathologie typique et caractéristique des enfants de migrants. Les troubles qu'ils présentent, la symptomatologie qui nous amène à les rencontrer, ne nous sont pas inconnus. Face à leurs symptômes, malgré certaines difficultés relationnelles qui peuvent exister, on a l'impression d'être en terrain connu. On se sent capable de poser un diagnostic, de prévoir une évolution et de dispenser des soins adéquats. Même si on ne rencontre pas toujours en profondeur la totalité de l'être, on reconnaît du moins superficiellement les troubles mentaux habituels.

Cependant, si les modes de décompensation sont variés, on retrouve toujours des problèmes d'identité culturelle, qui dans les cas les plus graves peuvent devenir des problèmes d'Identité. Ils sont particuliers à ces jeunes migrants et revêtent plusieurs formes allant de la simple falsification du prénom jusqu'au véritable délire de filiation, forme délirante la plus fréquente. Ils s'originent tous, dans les difficultés qu'ont ces hommes pour se situer face à leur biculturalisme. On entend par biculturalisme la situation particulière où coexistent deux registres culturels susceptibles d'être utilisés suivant le choix, le cadre et le moment.

Une autre remarque peut être faite concernant la fréquence des conduites psychopathiques chez ces jeunes patients durant leur adolescence. La déviance dans la délinquance semble être plus fréquente pour eux que pour des jeunes Français du même âge. Mais dans les deux cas, les mêmes raisons peuvent être invoquées : il s'agit de jeunes issus de milieu familial modeste, vivant dans des quartiers surpeuplés, qui dès la fin de l'école, le plus souvent ne trouvent pas de travail et demeurent inoccupés. Soumis cependant, à des tentations qu'ils ne peuvent satisfaire, ils choisissent la délinquance, seul moyen pour eux de s'affirmer. Par là, ils réalisent certains désirs et échappent à la dureté de la vie quotidienne. Attitude réactionnelle, la délinquance peut alors être considérée comme un signe de

bonne santé de la part d'une jeunesse qui refuse d'accepter sa situation au sein d'une société malade.

Enfin, ceux qui ont décompensé sur un mode délirant aigu, réintègre la vie hors de l'hôpital par le biais de la marginalité. Refusant de se situer face à leur Culture d'origine et face à la Culture du pays d'accueil, ils choisissent une troisième voie, celle de l'adaptation dans l'anticonformisme : sorte de refus, elle est la voie permettant de se réaliser sans choisir. Sorte de négation, elle est toutefois, une prise de position, un moyen d'expression qui, même si elle est inadaptée, apparaît être un mécanisme de défense plus élaboré que la maladie mentale.

Maladie mentale et marginalité, à des niveaux d'adaptation différents, représentent pour ces jeunes enfants d'immigrés, l'un des moyens d'échapper aux problèmes d'identité et au choix qu'ils doivent faire pour l'une ou l'autre de ces deux cultures dont ils sont issus. Ce choix, que la plupart réalise, reste pour certains impossible à faire. En effet, les problèmes d'identité peuvent réactiver chez ces jeunes gens, d'anciens conflits, antérieurs à l'adolescence qui prennent alors de la scène, les empêchant ainsi de réaliser ce choix.

LES HOMMES DE LA DEUXIEME GENERATION

"Il est des hommes que l'histoire
a forgés beaucoup plus que la préhistoire, écrasant
en eux, sans pitié, l'enfant qu'ils ont été."

J.P. SARTRE

L'Idiot de la Famille
(Gustave Flaubert)

INTRODUCTION

Vivant en France depuis leur petite enfance, sinon depuis leur naissance, les enfants de la Deuxième Génération sont l'objet d'influences diverses, prenant leur origine dans deux Cultures, c'est-à-dire deux modes d'existence, deux manières d'être, deux éthiques de vie, qui ont, certes beaucoup de lieux de rencontre, du fait des interférences nombreuses au cours d'un long passé historique commun, mais aussi beaucoup de point différents. C'est, sur ces derniers que ces jeunes gens vont cristalliser leurs préoccupations. Cette bipolarité est accentuée, du fait que ces deux influences, ces deux orientations culturelles, ont chacune un lieu précis où elles sont électivement données.

En ce qui concerne l'apport Arabo-islamique, il s'agit du milieu familial, qui est le garant de la tradition dans la majorité des cas : milieu familial qui a lui-même subi des modifications en raison de l'émigration vers la France, s'étant réaménagé selon un mode Occidental, mais gardant cependant, une forte coloration traditionnelle avec même, parfois, un renforcement des traditions du fait de la séparation d'avec le cadre habituel. C'est donc en dehors de ce cadre que ces jeunes gens reçoivent cet apport culturel, qui est le fait de personnes, leurs parents essentiellement - le clan familial ayant cédé la place à la cellule familiale -, qui ont vu leur rôle respectif redistribué, avec tout ce que cela comporte de modifications dans la propre personnalité parentale en référence à leur éducation : nouveau rôle du père, travailleur immigré, prenant une place plus grande au sein de la cellule familiale, à la fois plus active et plus en ouverture sur l'extérieur ; le rôle de la mère, immigrée elle aussi, mais se retrouvant seule au foyer, isolée, plus que jamais garante des valeurs traditionnelles qui représentent le dernier pouvoir qu'elle exerce encore sur ses enfants qui lui échappent.

En revanche, tout ce qui concerne l'apport Occidental leur est fourni par le monde extérieur au monde familial, c'est-à-dire la société, le plus souvent sur un mode agressif. Pour les plus jeunes, c'est tout d'abord l'école, puis secondairement la rue. Plus tard, c'est, avec l'entrée dans la vie active, le monde du tra-

vail et la société de consommation. Ce sont aussi les rencontres interpersonnelles avec les collègues de travail, les "copains" du quartier, les voisins et le personnel des différents services administratifs qu'ils sont amenés à fréquenter. C'est enfin, avec l'abord de la vie sexuelle adulte, leurs relations avec les jeunes filles Françaises ou plus occasionnellement Arabes.

Ainsi, l'enfant de la Deuxième Génération est le lieu de rencontre de deux Cultures, deux modes de penser et d'envisager l'existence, deux éthiques de vie, qu'il reçoit simultanément dans le temps, mais en des lieux différents. Il sert souvent de lien entre ces deux mondes dont il côtoie les représentants, mais est aussi le symbole vivant de leur différence, au risque de n'être plus que le témoin de cette différence. Cette position impossible à assumer pour certains d'entre eux, incapables d'élaborer un compromis entre ces deux influences culturelles, qui leur permettrait de se réaliser pleinement, peut les conduire à la folie, devenue alors pour eux le seul moyen d'exister.

Même lorsqu'il se fait, ce compromis n'est que l'aboutissement d'une longue et pénible quête, marquant pour toujours ces jeunes adultes.

- COMMENT SE DEFINISSENT-ILS ? -

I - PAR RAPPORT AU MILIEU FAMILIAL

C'est au sein du milieu familial, que les enfants d'immigrés Maghrébins entrent en contact avec leur Culture d'origine. Leur famille est le dépositaire des traditions ancestrales. L'éducation que leurs parents vont leur dispenser, plus que d'un simple enseignement est le fait de leur attitude, de leur façon de penser et d'agir ; du dialogue qui pourra ou non s'établir, dépend l'épanouissement de la personnalité de chacun, la réussite d'une bonne relation au monde.

En parlant des relations qui s'établissent au sein d'une famille, A. de PREMARE (7) dit :

"Ces relations donnent lieu à l'adoption de comportements individuels ou collectifs ; elles se disent dans un langage, elles se jouent avec des rites, elles se projettent dans des croyances, elles se rationalisent en référence à une idéologie religieuse, bref elles s'expriment dans un ensemble de manifestations et de productions culturelles, le tout constituant un matériel manifeste dont les éléments divers sont à analyser à partir de leur convergence sur des significations latentes centrales susceptibles d'en éclairer la cohérence interne".

De ces relations établies entre l'enfant et ses parents, naissent une multitude d'interactions constituant un véritable réseau entre les différents participants. La famille, un système ouvert, reçoit des influences, venues de l'extérieur, qui modifient les relations préétablies entre ses différents membres, mais a aussi la possibilité de projeter sur l'extérieur son mode de fonctionnement interne et ainsi d'influer sur ce monde extérieur. En fonction de ces interactions, chacun se voit dans l'obligation de redéfinir son comportement en fonction des autres.

Dans un de ses ouvrages, P. WATZLAWICK (8) évoque ce phénomène :

"Dans une famille, le comportement de chacun des membres est lié au comportement de tous les autres et en dépend. Tout comportement est communication, donc il influence les autres et est influencé par eux".

Il ajoute, citant M. BUBER :

"Dans la société humaine, à tous ses niveaux, les personnes à des degrés divers, se confirment objectivement les uns, les autres dans leurs qualités et possibilités propres, et une société peut être dite humaine, dans la mesure où ses membres se confirment les uns les autres".

La famille maghrébine, comme toute famille, est le lieu d'interactions entre ses différents membres ; de l'attitude des parents, résultent certains comportements des enfants, tant au sein de la famille qu'à l'extérieur, et réciproquement les parents sont amenés à modifier certaines de leurs habitudes en fonction de leurs enfants. Elle répond aussi à la définition que R. LAING (9) donne de la famille :

"Une famille n'est pas la somme de ses composants ; c'est un véritable système de règles de conduites qui jouent un rôle obscur mais important à la fois dans les relations des membres de la famille entre eux et dans leurs rapports avec les autres".

Comme dans toute famille aussi, les enfants de migrants, voient projeter sur eux, les propres désirs de leurs parents, eux-mêmes n'étant que l'aboutissement des désirs des générations précédentes. A ce propos R. LAING (9) écrit :

"Chaque génération projette sur la suivante des éléments procédant d'au moins trois facteurs :

- *ce qui a été projeté sur elle par les générations précédentes ;*
- *ce qui a été induit par les générations précédentes ;*
- *sa réaction propre à cette projection et à cette induction".*

M. MANNONI (10), quant à elle, a bien montré comment les projets inconscients des parents assignaient l'enfant à jouer un rôle auquel il ne peut se soustraire.

La particularité de la famille maghrébine immigrée provient de la migration qui entraîne des modifications, des aménagements des désirs des parents. Ceux-ci, en effet, sont des hommes et des femmes qui ont quitté leur pays et réalisé une coupure dans leur histoire personnelle en se séparant de leur histoire familiale et collective. De plus, ils voient leur propre place modifiée, aussi bien au sein du groupe familial que dans la société où ils immigreront.

Ainsi, le milieu familial où est dispersée la Culture d'origine subit des changements et ses membres voient une mutation de leur rôle. Tous ces bouleversements et leurs conséquences, vont rejaillir sur l'éducation donnée aux enfants et seront source d'angoisse du fait de la nouveauté et de la part d'inconnu qui en résultent.

1.1 - MODIFICATION DE LA STRUCTURE FAMILIALE :

En raison de la migration, cette famille maghrébine voit sa structure interne remodelée en fonction des concepts dominant dans la société d'accueil.

Dans sa thèse, M. GHORBAL (1), parle de la dimension communautaire de la famille maghrébine traditionnelle :

"Ni du type tribal agnatique, ni du type nucléaire, la famille maghrébine se définit en fait selon trois niveaux :

- *les parents géniteurs : niveau se rapprochant le plus de ce que l'on entend par famille en Occident.*

- *le AYLÀ (groupe domestique) : recouvrant à la fois les notions de famille nucléaire et conjugale et le groupe domestique.*

- *le FERQA (fraction, clan) ou ARCH (lignée)".*

Du fait de la migration, elle se trouve réduite au couple parental et ses

enfants, c'est-à-dire limitée au premier des trois niveaux cités. Elle perdra ainsi, certains points de repère traditionnels. Cette perte sera source d'angoisse pour ses membres, et nécessitera une plus forte cohésion entre eux pour éviter l'éclatement. Un des moyens de lutte est le renforcement des traditions ; les parents ont alors tendance à se rigidifier dans certains comportements, attitude ayant pour but de les rassurer, quant à leur propre angoisse, mais qui entraîne des réactions parfois violentes de la part des enfants et aboutit à une rupture du dialogue.

1.2 - LES PARENTS SONT DES MIGRANTS :

En quittant leur pays, ils se sont séparés de leur Histoire et de leur évolution collective. De plus, ils ont rompu avec leur propre histoire familiale, plus exactement leur roman familial, c'est-à-dire les vies projetées sur eux par leurs parents. Ils ont donc refusé la destinée qui leur était assignée par les générations précédentes. Ce sont des hommes et des femmes, en rupture avec leur éducation, leur Culture d'origine, leurs modes de vie et de pensée traditionnels, leurs coutumes.

Certes, on ne peut ignorer les raisons socio-économiques qui ont pu intervenir lors de choix, mais comme le souligne J. de la ROBERTIE (11) :

"Ce n'est pas n'importe qui, qui émigre !

Il y a des gens qui préféreront toute leur vie manger des miettes de fromage de chèvre, un peu de pain trempé dans de l'huile d'olive, plutôt que de partir. La décision profonde s'origine ailleurs".

Il s'agit donc, de considérer les motivations profondes qui ont amené ces gens à émigrer : impossibilité de s'exprimer et de s'épanouir dans leur pays ou fuite devant leurs problèmes personnels. Cette participation active à l'orientation de leur destinée est une prise de position nouvelle et inhabituelle, si on se réfère au traditionnel fatalisme de la Culture arabe. Elle imprègnera aussi les relations parents-enfants et sera à l'origine de l'ambiguïté de la situation dans laquelle se trouvent les parents.

En effet, alors qu'ils ont rompu avec leur milieu traditionnel, avec les

habitudes culturelles de leur pays, paradoxalement ils deviennent les dépositaires de cette Culture d'origine et doivent la transmettre à leurs enfants. On voit là, la précarité et l'ambiguïté d'une telle responsabilité et ses conséquences éventuellement fâcheuses.

Il faut aussi envisager la migration, comme une période critique de leur existence ; elle représente une expérience nouvelle, où s'établit un nouveau rapport de forces entre le Moi et la réalité. Z. de ALMEIDA (12), dans un article sur la pathologie des migrants, explique :

"Des changements dans les systèmes de relations (nés de la transplantation), l'obligent à repasser par les différents stades de son développement psychogénétique en quête d'un monde objectal correspondant. Il va plonger et replonger dans l'univers ré-actualisé de ses conflits pré-oedipiens jusqu'à recréer une image nouvelle de soi qui puisse être acceptée par lui et les autres. L'Idéal du Moi et le Surmoi sont donc à reconstruire à partir de l'image spéculaire qui lui est fournie par le nouvel entourage et par la projection dans le même miroir, des objets d'amour et de haine de sa propre enfance".

Enfin, et c'est un élément important qu'il convient de souligner, cette prise de position, en rupture avec la tradition, est à l'origine d'un sentiment de culpabilité très fort chez les migrants. J. de la Robertie (11) signale l'existence d'une telle culpabilité liée à l'émigration :

"Quand on quitte son pays, contre les traditions; contre ses parents, c'est-à-dire sans que le clan nous y ait autorisé, alors apparaît, tout de suite, la culpabilité. La culpabilité est attachée à l'émigration. Une fois disparue la mousse qui fait partir, il faut réparer".

La plupart du temps, cette culpabilité est si forte qu'elle ne peut être assumée et est alors déniée. Ceci peut expliquer les difficultés qu'on a, à rencontrer les parents à partir de leur enfant malade.

Ainsi, leurs parents ont émigré le plus souvent pour des raisons socio-économiques et presque toujours pour des motivations personnelles plus profondes : désir de rompre avec des modèles d'identification traditionnels qu'ils n'acceptaient pas, et quête symbolique de Parents Idéaux. Une fois accomplie, cette migration re-

présente pour eux une nouvelle période critique de leur existence et s'accompagne indubitablement d'une forte culpabilité qu'ils s'empressent de nier.

Qu'ils soient antérieurs à la migration ou qu'ils en soient une des conséquences, les différents problèmes des parents vont infiltrer la relation qu'ils établiront avec leurs enfants. Ceux-ci par leur pathologie, ne seront souvent que l'expression de ces problèmes.

1.3 - MODIFICATIONS DES ROLES DES PARENTS :

1.3.1 - le rôle du père :

Dans la famille maghrébine traditionnelle, le père est investi d'une autorité qu'il ne détient pas seulement de la structure familiale, mais aussi, du rôle qu'il joue au dehors et de sa propre place d'homme, au sein de la société Arabe. Très peu présent à la maison, assurant à lui seul l'ouverture sur le monde extérieur, il est celui que l'on attend. Très pieux le plus souvent, il passe son temps entre son travail, la prière, l'éducation religieuse de ses enfants, la célébration des nombreuses fêtes coraniques et s'emploie à maintenir au sein de sa propre famille, le respect des croyances et des traditions de la religion musulmane. Comme le dit C. GRABER (13) dans sa thèse :

"Le père est l'autorité divine entre les mains d'un être humain. Le père commande, il faut lui obéir".

D. CHRAIBI (14), dans un de ses romans, nous donne un aperçu du vécu de cette autorité chez un jeune adolescent Marocain :

"Cet homme est sûr de lui : une mouche ne volera que s'il lui en donne la permission. Il sait que chaque mot qui tombe de sa bouche sera gravé en moi. Sur son masque il n'y a pas de frisson... Je supprime ce masque et je lis : il est analphabète et partant fier de soutenir n'importe quel conversation de n'importe quelle discipline".

Ce n'est d'ailleurs pas une attitude propre aux pays du Maghreb. On la retrouve dans la plupart des pays du Bassin Méditerranéen. G. LEDDA (15), dans son livre "Padre Padrone", fait tenir à Gavino, son héros, des propos similaires :

"Ces patriarches au cours de leur existence, n'ont accompli que deux choses : obéir et commander. Et, ils attendent que les choses demeurent toujours comme elles sont".

Cependant si sa volonté ne doit jamais être contestée en sa présence sous peine d'exclusion du groupe, cela ne signifie pas pour autant qu'il soit omniprésent et tout puissant. Quand elle évoque son enfance, N. ZERDOUMI (16), raconte :

"Par vocation, mais souvent par nonchalance, le père, lorsqu'il ne sera pas sous le regard des autres, sera porté à l'indulgence ; par indifférence et parce qu'il ne vit pas dans la demeure, il laisse le plus souvent à la mère tous les soins de l'éducation de l'enfant en bas âge, et n'intervient que par à-coups sans la moindre méthode".

Intervenant très peu dans l'éducation de ses enfants à la maison, ayant un rôle peu actif dans les faits en raison de son absence, il est celui qui inspire la crainte et le respect. La respectabilité d'une famille sera fondée sur l'intensité du respect filial ; ce concept Respect-Crainte est une des constantes de l'éducation traditionnelle populaire, qui n'est pas sans rappeler, à nouveau, la tradition de beaucoup de pays méditerranéens.

Avec la migration, le père voit son rôle se modifier. Parce qu'il travaille et assure le lien entre la société d'accueil et les autres membres du groupe, il devient plus actif au sein même du milieu familial. Il perd peu à peu son rôle de patriarche, plus mythique que réel, et se découvre une mission de conseiller et d'éducateur, plus en prise sur la réalité. A ce propos, A. ZEHRAOUI (6) cite A. Michel :

"Dans les familles industrielles, le père, dépossédé de l'ancienne fonction patrimoniale, ne peut plus user de ses anciens privilèges pour imposer son autorité.

Il devra réviser certains de ses acquis culturels, opérer en lui une véritable mutation, pour pouvoir assumer son nouveau rôle de père du fait des nouvelles conditions de vie de sa famille".

Une de ces nouvelles conditions de vie est, par exemple, la dépendance du salariat : de ce fait, la famille maghrébine immigrée, perd son ancienne fonction patrimoniale et le monopole des fonctions de production et de consommation, d'entretien matériel, de protection et de soins, de loisirs et d'éducation à l'égard des membres, en nombre réduit qui la composent.

Restant toujours le dépositaire des traditions originelles, le père est avant tout le trait d'union entre les différentes instances qui désormais vont suppléer la famille traditionnelle.

Pour le petit enfant, élevé par sa mère, il est le premier témoin de la civilisation nouvelle qu'il va rencontrer. Mais le plus souvent, du fait des capacités différentes à s'intégrer suivant les individus, très vite le "maître" se verra devancé par ses "disciples". Il peut ne pas accepter cela et adopter alors des attitudes extrêmes. Refusant de se voir dépouiller de son autorité paternelle, il peut essayer de la renforcer et devenir un véritable tyran domestique, inaccessible au dialogue et plus que jamais garant d'une tradition vouée à la mort. Ce comportement inadapté sera souvent à l'origine de réactions parfois violentes chez ses enfants. Au contraire, il peut abandonner son autorité et se résigner à une condition "d'homme-objet", livré au bon ou au mauvais vouloir de sa femme et de ses fils aînés.

Ainsi, la transplantation, modifie-t-elle le rôle traditionnel du père. S'il voit diminuer son autorité, véritable pouvoir patriarcal fondé sur le concept Respect-Crainte, en revanche il a une influence accrue, du fait de son intervention plus directe au sein de sa propre famille, dans sa vie quotidienne et ses relations au monde extérieur. De sa capacité à procéder ou non, à des retouches sur l'image qu'il a de la paternité, dépendra la mise en place d'une relation structurante pour ses enfants.

1.3.2 - le rôle de la mère :

Si selon le Coran, le mari doit entretenir complètement sa femme et ses enfants - il détient toute la responsabilité au niveau de la réalité matérielle -, au contraire, la vie interne de la famille incombe exclusivement à la mère ; l'éduca-

tion des enfants est au premier rang de ces tâches.

"En effet, dit G. DUTEY (17), bien que cette famille patriarcale soit agnatique et que la descendance en appartienne traditionnellement au père, il ne s'établit pas moins entre la mère et ses enfants un culte mutuel indestructible. Ce lien est d'une toute autre nature que celui qui unit le père et les enfants. Il y a entre la mère et les enfants, avec les fils surtout et en particulier l'aîné, une relation originale, un attachement inconditionnel de part et d'autre, empreint de soumission de la part de la mère.

Elle, qui sera toujours étrangère dans la demeure de l'homme, ne pourra conquérir sa place que grâce à ses enfants : "On ne se chauffe qu'avec le bois qu'on a ramassé !" "

La femme maghrébine, en effet, n'existe que lorsqu'elle devient mère. Elle ne trouve une place dans la société Arabe que, comme mère de ses enfants. Ils constituent le seul facteur de stabilité, dans la mesure où ils la mettent souvent à l'abri de la répudiation qu'elle redoute, et plus tard lui assureront sa vieillesse.

Niée en tant que sujet qui parle, en tant que sujet formulant un désir, sa parole est dans la procréation. L'enfant qui naît est une parole qu'elle gagne sur le système répressif. T. BEN JALLOUN (18) évoque la situation des femmes au sein de la société Arabe :

"Corps censuré, désir étouffé, parole interdite, image voilée, réalité niée sous le masque et la tradition, la femme au Maghreb, ne cesse généralement de subir l'oppression de la société masculine que quand elle devient mère".

Dans son livre que la sexualité en Islam. A. BOUDHIBA (19) en arrive à conclure que la déréalisation du statut féminin aboutit pratiquement et à quelques exceptions près, à enfermer la femme dans un double rôle : objet de jouissance et génitrice ; dans les deux cas, elle est une femme objet.

"La féminité se trouve réduite à une espèce d'envers de la masculinité. La femme est l'ombre de l'homme au propre comme au figuré. Niée de partout, la féminité se cache et cherche refuge : la femme devient un être de foyer et de la nuit.

Et c'est, tapie au coeur même de la personnalité individuelle et collective qu'il faudra alors chercher la femme...

... On dévalorise ainsi l'épouse, on valorise la mère. La misogynie en acte, refoule la femme dans son rôle maternel et instaure par là-même un véritable Royaume des Mères".

S'il est vrai, que l'époux est, de fait, le maître absolu, il n'en demeure pas moins que la Mère maghrébine détient une autorité réelle que l'homme exerce officiellement et, surtout, à l'extérieur de la maison familiale.

En effet, dans la société musulmane traditionnelle, dès son jeune âge et jusqu'à la puberté, concrétisée par le rite de la circoncision, l'enfant Maghrébin est en présence d'une multitude de femmes. Il a une relation privilégiée avec l'une d'entre elles ; le plus souvent la mère génitrice. Suivant son rang dans la fratrie ce peut être la grand-mère maternelle, la mère ou, pour les plus jeunes, la soeur aînée. Le rôle maternel est donc capital : l'enfant est confronté à la Loi de la Mère, et cette prééminence s'étend à toute la lignée maternelle.

La relation avec la mère prime avant tout autre. Véritables antennes de leur mère dans le monde des hommes, ils trouvent en elle un havre, où ils peuvent surmonter l'angoisse qu'ils ressentent en affrontant le milieu social, où l'excès de masculinité peut être perçu comme castrateur.

C'est donc, en la demeure où elle est recluse, que la mère assume à elle seule l'éducation des enfants, en se référant en permanence au groupe des femmes. Du fait même de la violence qui entrave son émancipation, elle arrive à organiser un univers intérieur où elle s'octroie un certain pouvoir, notamment en ce qui concerne l'éducation des enfants, la politique des relations entre familles ou entre communautés, ainsi que la transmission des superstitions et des mythes collectifs.

"Au sein de la société exclusive, dit A. BOUDHIBA (19), elle ne peut échapper à sa réclusion et à son rôle qui n'est que mutilation et manque, qu'en employant des voies détournées et inattendues pour conquérir un pouvoir redoutable et étrange".

Avec l'arrivée en France, la femme Maghrébine doit affronter une situation nouvelle. Elle doit s'adapter aux divers changements que subit la structure interne de la famille et retrouver sa place au sein de cette profonde mutation.

Passant d'une vie de clan à une vie de famille cellulaire, la femme Maghrébine immigrée se sent en insécurité, n'ayant plus le groupe des femmes auquel elle se référait et sur lequel elle pouvait se décharger de certains problèmes d'éducation.

Son mari au travail, ses enfants à l'école, elle reste seule avec les plus petits à la maison. De cet isolement où tout lui est étranger naîtra une insécurité plus grande encore. Souvent, ne maîtrisant pas la langue Française, elle doit faire appel à ses propres enfants pour aborder le monde extérieur.

Elle ressent une double frustration : d'une part, elle voit l'éducation de ses enfants lui échapper, puisqu'ils passent le plus clair de leur temps à l'école ou dans la rue ; d'autre part, elle rencontre des difficultés à s'exprimer dans ce milieu qui lui est étranger et où elle a peu l'occasion de sympathiser avec d'autres femmes comme elle le faisait dans la société Maghrébine.

Profondément isolée dans sa famille, elle assiste, impuissante, à l'évolution des siens qui peu à peu l'abandonnent. Elle peut alors réagir dans certains cas, en cherchant à confiner son entourage dans des habitudes nationales, essayant de les maintenir loin des milieux francisés.

Garante de la tradition orale, seul moyen pour elle de conserver un rôle au sein de sa famille en pleine mutation, elle adoptera une attitude qui, souvent, est à l'origine de conflits avec ses propres enfants en raison du fossé d'incompréhension qui ne fait que s'accroître entre eux.

1.4 - LA PLACE DES PARENTS DANS LA SOCIÉTÉ D'ACCUEIL :

En plus des raisons psychologiques propres à chaque individu qui émigre, les causes de l'émigration sont le plus souvent d'ordre socio-économique. Du moins, est-ce l'alibi invoqué dans tous les cas. Les travailleurs immigrés, contrairement à

tout ce qu'ils espéraient, à tout ce qu'ils avaient imaginé, se voient attribuer les travaux les plus pénibles et les moins rémunérés, des logements inadaptés dans les cités "dortoirs" de la périphérie des grandes villes, et connaissent des conditions de vie difficiles, analogues à celles qu'ils avaient dans leur pays. Tous ces facteurs extrinsèques, ne faciliteront en rien leur intégration et leur épanouissement. A cette occasion, ils découvriront aussi le racisme dans sa forme la plus primaire. Appartenant à une civilisation dont la représentation du temps et de l'espace, la notion des valeurs, la signification des symboles, les modèles de comportement sont différents de ceux de l'Occident, les Maghrébins transplantés dans un univers étranger éprouvent des difficultés à s'adapter.

Sur le plan de l'activité professionnelle et de la vie quotidienne tout d'abord, ils vont affronter une situation qui ne correspond pas à celle qu'ils pouvaient espérer, lorsqu'ils étaient encore dans leur pays. Ils devront apprendre leurs nouveaux droits et les nouvelles limites qui leur sont imposées.

Dans notre société, l'homme immigré n'a aucun droit politique. Dans son étude sur les travailleurs immigrés, A. ZEHRAOUI (6) décrit la situation de ces hommes :

"N'ayant pas la citoyenneté française, les étrangers sont privés de tous droits politiques. Ils ne figurent pas sur les listes électorales, ce qui entraîne la perte d'autres droits : ils ne sont ni électeurs, ni éligibles dans les conseils d'hygiène et de sécurité et dans les conseils de prud'hommes..

L'absence de droits politiques est sanctionnée par la procédure ultime de l'expulsion. Chaque immigré sait ce qu'il risque lorsqu'il tente d'avoir des activités politiques".

Le seul droit qui lui est reconnu, est le droit au travail et encore, sous certaines conditions. Seule sa capacité à tenir un emploi est prise en considération. Cependant, comme travailleur, il peut avoir une activité syndicale, mais ne peut accéder à tous les postes.

"Il peut adhérer à un syndicat professionnel et participer à l'activité de ce syndicat. Cependant, il ne peut être chargé de l'administration ou de la direction de ce syndicat ;

Depuis juin 1972, l'immigré est éligible au Comité d'entreprise ou au poste de délégué, s'il sait lire ou écrire le français. Depuis 1973, s'il sait s'exprimer en français".

Sur le plan des avantages sociaux que lui ouvre son activité professionnelle, ils bénéficient du droit commun appliqué aux nationaux, mais les conditions d'attribution pour les différents remboursements leur sont défavorables. De plus, il persiste des inégalités : on peut citer pour l'exemple :

- les enfants nés en France de parents étrangers ne donnent jamais droit à la prime de naissance allouée aux nationaux.

- les familles nombreuses d'immigrés ne bénéficient pas de réduction sur les transports en commun.

En ce qui concerne son travail, dans la majorité des cas, il sera employé sans qualification, ce qui retentit directement sur ses conditions de vie et celles de sa famille.

Dans son enquête, A. ZEHRAOUI (6) en arrive à la conclusion suivante : 84 % des salariés Maghrébins sont manoeuvres ou OS, sans que la prolongation de leur séjour en France, ait un effet sur leur promotion socio-professionnelle ; il ajoute qu'on ne retrouve que très peu de Nord-Africains en F.P.A.

Ces migrants constituent avant tout une main d'oeuvre d'appoint. Même lorsqu'ils ont la chance d'accéder à un stage de formation, on les oriente le plus souvent dans le secteur du bâtiment ; ce qui représente un handicap sérieux pour un éventuel retour au pays où la préférence est donnée aux métiers de l'industrie.

Pour la plupart d'origine rurale, on relève parmi eux, un taux d'analphabétisme très élevé, ce qui contribue à leur isolement par rapport à la société d'accueil et à leur sous-emploi. Les tests psycho-techniques qu'ils ont à subir avant toute formation, ne sont pas adaptés, d'où leur incapacité à les passer avec succès.

Cette sous-qualification a des répercussions immédiates sur leurs salaires et donc sur leur mode de vie. Dans tous les cas, ils appartiennent au bas de l'é-

chelle sociale et représentent le sous-prolétariat.

Enfin, elle va retenir sur leur cadre de vie, leur habitat. Ils se retrouvent le plus souvent refoulés à la périphérie des grandes villes, logés dans des cités d'HLM. Là, ils ont tendance à se regrouper, aboutissant ainsi à la création de véritables micro-sociétés avec leur sub-culture, ce qui ne facilite pas leur intégration et accentue un phénomène alors fréquent : le repli sur soi du fait des difficultés d'adaptation.

Dans son enquête A. ZEHRAOUI (6) constate que la plupart des logements occupés par les familles maghrébines sont surpeuplés : il n'y a pas de logements type F6 pour les familles de plus de cinq enfants, pourtant nombreuses dans les HLM. De plus, dans leur structure même, ils apparaissent inadaptés : *"les types de logement ont été, par ailleurs, conçus en fonction de modèles architecturaux adaptés pour la population Française, sans qu'on ait tenu compte quand cela était possible des structures de l'habitat dans les pays d'origine des immigrants et des besoins de ces derniers"*, souligne H. FATHY que cite A. Zehraoui (6).

"Tout peuple qui a produit une architecture, a dégagé ses lignes qui lui sont aussi spécifiques que sa langue, son costume et son folklore".

Ainsi pour une politique d'immigration qui se veut réfléchie, on s'aperçoit que rien n'a été pensé en fonction des aspirations profondes et des habitudes de vie de ces migrants.

"Face à un monde hostile, dit Z. de ALMEIDA (12), le travailleur immigré se sent profondément dévalorisé par le rôle social qu'il joue et par la culture ignorée ou méprisée qu'il représente. On exige de lui qu'il renonce de gré ou de force à une partie importante de ses traditions, de ses valeurs et de ses comportements".

On aboutit ainsi à l'apparition chez le migrant d'une profonde désillusion qui marquera son être et sera la cause directe de certaines réactions particulières. Il adoptera :

- soit des conduites d'opposition afin de préserver son identité ; il se sent proche de sa façon d'être antérieure et peut alors s'appliquer à exagérer

certaines de ses stéréotypies culturelles.

- soit des conduites de fuite dans lesquelles il se livrera à des rêveries nostalgiques sur le pays d'origine, manière de maintenir vivants les liens affectifs anciens dont il a besoin pour conserver son identité d'origine. Comme le dit J. de la ROBERTIE (11) :

"Si l'on s'en va, on ouvre une faille et ce qu'on a connu derrière, se projette devant. Ce projet devant, qui s'organise dans ce qu'on a connu derrière, c'est cela qu'on poursuit et qui soutient. On vit comme avec un miroir, devant, qui porte les images de derrière".

Quoi qu'il en soit, même si dans certains cas où il ne peut surmonter cette désillusion il sombre dans la dépression, le plus souvent, il s'en accommode et s'emploie à la masquer. A aucun moment, il ne doit laisser entrevoir à son entourage, et, surtout à ceux qui sont encore au pays, qu'il s'est trompé. On assiste de ce fait, à la persistance, au sein de la population Maghrébine restée en Afrique, du mythe de la France, Mère Bienfaitrice, véritable "El Dorado". Victimes à leur tour de cette croyance erronée, ils en seront les futurs propagateurs.

Simple défense contre la dépression qui les guette à la suite des nombreuses désillusions rencontrées, pouvant aboutir à un véritable déni de la réalité, cette attitude représente le seul moyen d'accepter leur choix et de l'assumer. Sur le plan psychodynamique cette désillusion peut s'expliquer, en concevant la transplantation comme le moyen de traduire les conflits internes d'un sujet en quête de Parents Idéaux.

Le vécu des migrants apparaît finalement comme une projection perpétuelle dans le futur, de désirs insatisfaits dans le présent. Au départ, tout espoir est reporté sur la France ; en France, sur le retour au pays.

C'est ce propre vécu qui sera à l'origine du discours ambivalent tenu à leurs enfants et des projets contradictoires qu'ils formulent pour eux : désir qu'ils réussissent parfaitement leur intégration tout en entretenant en permanence l'idée de retour au pays, réalisant une véritable situation de double-lien, qui par sa répétition ne peut qu'être très destructurante pour eux.

1.5 - EN RESUME :

Ces enfants d'immigrés ont une connaissance de leur Culture d'origine perturbée par le phénomène même de la migration ; de plus, de nombreux facteurs viennent en modifier l'impact, cependant capital.

Ils la reçoivent :

a/ au sein d'un milieu familial dont l'équilibre est rendu fragile par de profonds remaniements de sa structure interne.

b/ de parents qui sont des migrants, c'est-à-dire :

- des êtres qui, pour des raisons socio-économiques, mais aussi pour des motivations plus complexes, s'originant dans une problématique personnelle, ont défini le projet de quitter leur pays et de rompre avec leur histoire familiale.

- des êtres qui vont vivre une période critique de leur existence du fait de la mutation profonde de leur propre rôle, tant dans la famille que dans la société qui les accueille ; connaître la culpabilité qui accompagne souvent le choix de se projeter hors des désirs des générations précédentes ; enfin, éprouver de nombreuses désillusions résultant de la pénible réalité des conditions socio-économiques qu'ils rencontrent.

Ainsi, ils apparaissent, comme des victimes de la migration de leurs parents. Ces enfants, qui sont des enfants, ni plus, ni moins, ne forment pas une catégorie particulière d'enfants qui, par nature, auraient des problèmes. Ils ne sont que la conséquence de la situation qui leur est faite dans le pays d'origine, conséquence de la migration qui leur a été imposée, conséquence de la place qui leur est laissée dans le pays d'accueil ou au retour.

Face au malaise qu'ils éprouvent dans la société où ils vivent, ils adoptent des comportements qui ne sont que l'expression de leurs difficultés à se référer à des modèles d'identification traditionnels et de la propre angoisse existentielle de leurs parents.

II - PAR RAPPORT AU MILIEU EXTERIEUR

Pour rédiger cette partie, je me suis souvent référé au travail qu'a effectué A. CHAZALETTE (20) sur la Deuxième Génération d'immigrants dans la région Rhône Alpes, à la demande de la Direction de la Population et des Migrations et du Fonds d'Action Sociale.

J'envisagerai les différents lieux, les diverses occasions où les enfants d'immigrés entrent en contact avec la Culture du pays d'accueil, et les comportements que cette confrontation leur induit.

En fonction de leur âge, ils seront confrontés à des institutions variées, feront des expériences où leur qualité de migrants interviendra sur leur possibilité à les dépasser.

2.1 - L'ENFANT A L'ECOLE :

La confrontation commence très jeune ; en effet, bien avant l'école, les enfants d'immigrés connaissent les dispensaires les centres d'hygiène sociale. Très tôt, souvent dès l'âge de 18 mois, ils se trouvent "jetés" à la rue par l'arrivée d'un autre enfant : *"Un enfant chasse l'autre!"*.

Mais c'est l'école (lorsque les possibilités d'accueil sont bonnes, cela commence avec la maternelle), qui constitue le principal lieu privilégié des apprentissages organisés : c'est là que les enfants de migrants sont initiés à la Culture française (sa langue, son Histoire, ses acquis) ; c'est là aussi, qu'ils sont confrontés aux normes régissant les rapports sociaux ; c'est enfin là, qu'ils vont se préparer plus tard à exercer un métier. De cette première rencontre avec la Culture du pays d'accueil, dépendra leur avenir et la réussite de leur intégration.

2.1.1 - facteurs intervenant sur leur scolarité :

Tout au long de leur scolarisation, différents facteurs interviennent et expliquent les différences de réussite de ces jeunes migrants, la diversité de leur cursus scolaire :

a/ les circonstances extérieures tout d'abord :

L'âge d'arrivée en France, l'existence de structures d'accueil adaptées, le quartier habité, sont autant de facteurs qui contribuent à réduire ou augmenter le handicap qu'ils ont au départ.

L'âge d'arrivée en France, a une incidence sur l'apprentissage du Français et secondairement sur l'ensemble de la scolarité. On s'aperçoit, d'après les statistiques, que la plus grande partie de ceux qui sont sans formation, sont arrivés tard ; que la plupart de ceux qui réussissent dans le secondaire, sont nés ou venus jeunes en France. Certes, d'autres facteurs peuvent corriger ou aggraver son effet : une scolarité antérieure, une certaine connaissance du Français, un bon milieu culturel familial peuvent diminuer l'effet d'une arrivée tardive. Au contraire, des déménagements répétés, des retours fréquents plus ou moins longs en Afrique du Nord, ont des effets majorants.

Le quartier habité influe aussi, par l'importance de l'effectif étranger dans les classes avec la possibilité plus ou moins grande des maîtres à les prendre en charge ; par les possibilités d'échanges, de vie commune avec les camarades Français ; par le nombre d'enfants, les possibilités de détente extérieure, le milieu social dominant et tout ce qui, d'une manière ou une autre, influence l'atmosphère scolaire.

L'existence de structures d'accueil adaptées, en nombre suffisante et conçues de façon à être adaptées à la demande de ces enfants, est elle aussi une condition nécessaire à leur bonne intégration.

b/ le niveau socio-culturel de la famille ensuite :

Dans les différentes statistiques établies à la suite d'enquêtes portant sur les populations de migrants Maghrébins, on relève que dans la majorité des cas, les parents appartiennent presque tous à la classe ouvrière et, en grande partie, à sa fraction la moins qualifiée. Cette appartenance ne prédispose guère les jeunes à réussir leurs études. Il en est pour eux comme pour les fils d'ouvriers Français. Les limites de la réussite scolaire de la Deuxième Génération sont inscrites, pourrait-on dire, dans la position sociale de leurs parents. La discrimination raciale n'intervient que, comme amplificateur de la discrimination sociale, du fait des handicaps supplémentaires qui en résultent : autres modèles de pensée, autres modes d'agir, autre langue...

Cependant, il y a quelques exceptions à cette règle : si leur père, en émigrant, s'est vu contraint d'accepter n'importe quel travail pour nourrir sa famille, il a pu toutefois, recevoir au cours de son enfance et de son adolescence une certaine instruction ou bien acquérir des connaissances et une ouverture sur le monde à travers l'action syndicale ou locale, l'alphabétisation, la lecture, parfois même le travail. Dans ces circonstances particulières, on a un milieu familial qui a un meilleur niveau culturel que la moyenne des foyers ouvriers.

De même, intervient l'appui des parents, déterminant dans la réussite scolaire.

En effet, certains migrants se désintéressent de la scolarité de leurs enfants, l'école n'appartenant pas à leur univers. Souvent, il s'agit de ceux qui, après avoir eu une vie très dure, une transplantation difficile souvent non maîtrisée et vivant encore dans des conditions pénibles, parfois crispés sur leur Culture d'origine sont obligés d'envoyer leurs enfants à l'école sans qu'ils puissent s'y intéresser. D'autres, à l'inverse, mieux adaptés, plus exigeants, connaissent l'école et l'importance qu'elle a pour l'avenir de leurs enfants. Entre ces deux positions extrêmes, on peut rencontrer toutes les situations intermédiaires.

Très souvent aussi, on retrouve le rôle prépondérant du père dans la surveillance de la scolarité de ses enfants ; en effet, qu'il soit dans le secteur public ou dans un travail posté, qu'il soit en Invalidité, il dispose du temps nécessaire pour surveiller leur travail et rencontrer leurs maîtres. Il intervient

alors beaucoup au moment de l'orientation, n'hésitant pas à changer souvent l'enfant d'école pour lui permettre d'acquérir un bon métier.

c/ enfin, intervient l'impact de la culture d'origine :

Les jeunes Maghrébins immigrés, ayant peu connu la contrainte durant leur petite enfance, en raison de l'éducation traditionnelle que leur a dispensée leur mère, ont du mal à comprendre ce que l'on attend d'eux et se plient difficilement au rythme et à la discipline.

Très souvent, il y a dans les débuts de la scolarité, des sources constantes de malentendus, c'est-à-dire d'étonnement et d'incompréhension à l'égard de ces enfants qui risquent de demeurer mal entendus de leurs semblables et des adultes. Les observations portant sur les conduites de jeux autant que sur les activités libres et les premières acquisitions, permettent de déceler l'émergence de comportements spécifiques et de conduites d'adaptation aux différentes situations de la vie quotidienne en milieu scolaire et, à partir de là, de s'interroger sur les raisons de ces conduites. Peut-être faut-il en chercher l'explication dans le milieu familial ?

Dans un article, H. GRATIOT-ALPHANDERY (21) rapporte les conclusions d'une enquête réalisée par A. PEZE chez des enfants d'école maternelle. Celui-ci s'est aperçu que les entretiens avec les parents permettaient de comprendre bon nombre des difficultés des enfants étrangers dans leurs apprentissages moteurs, leur organisation temporo-spatiale, leurs acquisitions verbales et plus encore certaines attitudes d'inhibition, de passivité et d'agressivité liées aux contraintes et aux systèmes de valeurs du milieu familial.

Il faut aussi noter que le bilinguisme qui les caractérise, est à l'origine de certaines difficultés de compréhension et de verbalisation.

Dans le bilinguisme en effet, il y a d'abord la mauvaise utilisation des deux langues : la langue d'origine et la langue du pays d'accueil. L'une et l'autre sont le reflet des milieux socio-culturels défavorisés auxquels appartiennent les parents : souvent, analphabètes dans leur pays d'origine ou en tout cas peu scola-

risés, ils demeurent également de longues années ignorants de la langue du pays d'accueil. La nécessité où se trouve l'enfant de passer d'une langue à l'autre selon les circonstances, loin de renforcer son autonomie, accroît son insécurité et élargit la distance entre langue familiale et langue sociale, pour ne pas dire langue scolaire.

2.1.2 - résultats obtenus :

A la fin de leur scolarité, leur devenir dépendra de la formation qu'ils auront pu acquérir.

a/ certains, n'ayant pas eu une bonne scolarité, sortent de l'école sans formation professionnelle, ni formation générale poussée.

Ce sont, pour un certain nombre, ceux qui, venus tard en France, se sont mal intégrés à l'univers scolaire du fait de la différence d'âge avec les autres ; ceux qui ont dû interrompre leurs études pour des raisons familiales ; ceux enfin, qui ne pouvaient pas suivre.

On les retrouve très souvent après une période de chômage ou de travail, en préformation et stages divers de FPA.

b/ d'autres, ont acquis une petite qualification professionnelle. Ils ont passé le certificat d'études primaires ou sont issus des classes de transition ou pratiques, puis ont suivi une formation jusqu'au CAP, voire quelquefois au BEP.

Il s'agit surtout de métiers du secteur industriel ou commercial. Pour les femmes, ce sont surtout des emplois de sténo-dactylos, d'employées de bureau, de coiffeuses...

Comme pour le premier groupe, les différences de cursus scolaires initiaux (primaire et premier cycle du secondaire) de ces jeunes sont minces, l'apprentissage ou non d'un métier apparaissant le plus souvent, lié à des circonstances extérieures.

c/ les derniers poursuivent des études secondaires, voire universitaires ; mais leur nombre est réduit.

Parmi eux, les plus jeunes se dirigent en général, vers des brevets de technicien : électrotechnique, mécanique générale... Les plus âgés, s'orientent de préférence, vers l'économie, la médecine ou les écoles d'éducateurs.

Quoi qu'il en soit, le degré de réussite de la Deuxième Génération, dans l'appareil scolaire, est faible dans l'ensemble.

Les apprentissages réalisés dans le domaine de la formation professionnelle sont limités, la formation scolaire débouchant, soit sur des impasses (classes pratiques), soit sur des échecs (sortie en cours de scolarité), soit sur une formation professionnelle élémentaire, très peu adaptée au marché du travail et à ses exigences.

2.1.3 - enfin, et pour en finir avec l'école,

il convient de souligner le rôle de révélateur de certains problèmes, que peut avoir l'école.

De sa rencontre avec la Culture du pays d'accueil, naît chez l'enfant migrant, une mutation profonde qui lui est imposée de l'extérieur et qui provoque toutes sortes de conflits, de blocages, mais aussi de réflexions sur ses origines, son passé, son devenir, sa famille et sur son être tout entier.

On peut relever très souvent dans leur attitude, un sentiment d'infériorité né de nos attitudes, nos paroles, nos actes et nos décisions.

De même, très tôt, ils font preuve d'une certaine méfiance et l'expriment au moyen d'un attentisme déconcertant pour les maîtres ou d'une agressivité excessive envers leurs petits camarades.

2.2 - L'ENFANT DANS SON QUARTIER :

A côté de l'école, la rue et le quartier où il habite, est le lieu de confrontation avec la société d'accueil.

En effet, que ce soit dans les cités de transit, les grands ensembles d'HLM ou certains anciens quartiers urbains, les immigrés vont constituer de véritables micro-communautés ethniques : les enfants et les jeunes adolescents vivent, alors, dans un contexte où des modes de vie spécifiques peuvent se manifester, et où l'évolution, face à la société française, n'est plus plus simplement une affaire personnelle, mais devient collective.

Ensemble, ils découvrent le monde dans lequel ils doivent vivre, leur environnement, et répondent aux sollicitations dont ils sont l'objet.

Habiter dans un pays, une ville, un quartier, c'est tout d'abord, vivre dans un certain univers matériel, produit technique de la société. Les logements, les services ne sont pas neutres ; ils sont porteurs et soutiens de modes de vie particuliers qui, même refusés ou mal compris, ne restent pas sans effet sur ceux qui vivent au milieu d'eux.

Vivre dans un quartier, c'est aussi, cotoyer ses voisins, se faire admettre ou du moins trouver le moyen de coexister pacifiquement. Cette intégration, quasi inconsciente, qui se fait au fil des jours, touche la Deuxième Génération, mais avec des différences importantes suivant les quartiers et le degré d'évolution des familles.

Un des modes d'intégration souvent utilisé, sera l'insertion au sein d'une bande d'adolescents avec lesquels, ils passeront la majeure partie de leur temps libre.

Même si, elle n'est composée que d'étrangers, la bande sera un élément important d'introduction à la vie française, car avec elle s'expérimentent les formes diverses de loisirs auxquels ils peuvent accéder. Lorsqu'elle comprend des jeunes Français, elle permet aux jeunes immigrés de vivre, à côté du "rejet" collectif, une certaine solidarité. Ils font alors l'expérience des rapports avec le monde des adultes. Ils pourront aussi accéder par ce moyen à la délinquance.

Ainsi, pour la plupart des jeunes Maghrébins, l'intégration à la vie française, se fait par le biais de la sub-culture jeune, celle des bandes, privilégiant la notion de groupe et la solidarité face aux adultes. Il semble aussi, que la composition ethnique de la bande, ne provoque pas de différences évidentes dans son comportement.

2.3 - L'ADOLESCENT ET LE MONDE DES ADULTES :

L'accès au monde des adultes a lieu à des niveaux différents. C'est tout d'abord, l'exercice d'une activité professionnelle ; c'est ensuite l'entrée dans le circuit de la consommation et ses conséquences ; c'est enfin, l'abord d'une vie sexuelle d'adulte avec les premières expériences sexuelles et le mariage. Toutes, nouvelles, ces situations sont une fois de plus l'occasion pour lui de se confronter au problème de ses origines et de s'interroger sur son identité culturelle.

2.3.1 - l'exercice d'une activité professionnelle :

A sa sortie de l'école, le jeune immigré arrive sur le marché du travail, le plus souvent sans formation. L'insertion dans ce monde, est différente suivant chaque cas et se fait en plusieurs temps. Mais, le désir d'une formation intéressante, l'apprentissage sérieux d'un métier qui débouche du travail avec des possibilités de promotion, restent l'objectif qu'un bon nombre poursuivent, de formations en stages divers, sans toujours y parvenir.

Une grande partie d'entre eux, entrent dans la vie active en s'inscrivant

au chômage, qu'ils soient sans formation professionnelle ou bien qu'ils en aient une, inadaptée à la demande.

Parmi ceux qui ont un emploi, on peut distinguer :

- ceux qui n'ont pas de formation : dans ce cas, ils ont souvent des emplois instables, changent fréquemment de place, pensant ainsi améliorer leurs conditions de travail. Très souvent aussi, ils acquièrent, en cours d'emploi, la formation qu'ils n'ont pu avoir au départ.

- ceux qui ont une formation : pour eux, l'insertion est plus facile. Ils trouvent en général du travail dans leur spécialité et peuvent même progresser par le biais de la formation en cours d'emploi.

De plus, certains facteurs propres à leur situation, viennent aggraver leurs difficultés. En effet, ils n'obtiennent une carte de travail qu'avec un contrat de travail pour un emploi fixe. Beaucoup de patrons, aussi, refusent de les employer : dans certaines agences de l'ANPE, on estime à 20 % les propositions d'emploi excluant d'emblée Maghrébins et Africains et à 60 % les refus réels d'embauche dans l'industrie. Enfin, du fait même de leur nationalité étrangère, ils se voient interdire l'accès à un nombre important de professions : instituteur, infirmier et tous les emplois de la fonction publique.

En conséquence, ils se voient proposer des emplois ne nécessitant pas de qualification spécifique ; ils rejoignent ainsi la situation de leurs pères. En effet, il semble que les employeurs ne fassent pas la différence entre Première et Deuxième Génération. Tout au plus, relève-t-on un éventail plus large dans le choix proposé au niveau des différentes professions.

Devant cet état de fait, les jeunes immigrés appartenant à la Deuxième Génération, ont souvent la même attitude. En effet, leur volonté d'intégration à la société française, est particulièrement marquée par l'espoir d'avoir un bon métier (ils rejoignent ainsi le désir de leurs parents). Quel que soit leur bagage, ils refusent toute profession dévalorisée et se retrouvent alors, très souvent au chômage. Cette situation peut durer quelques temps, le chômage étant assez bien toléré dans les familles immigrées. Mais, tôt ou tard, ils se voient cependant dans l'obligation de travailler et d'accepter alors, la première place qui leur est proposée.

Ainsi, ils occupent le même type d'emploi que leurs pères, quand bien même ils auraient une qualification.

De plus, ils viennent conforter les employeurs dans leur attitude méfiantte, en étant souvent plus instables que les jeunes Français, en raison d'une hypersusceptibilité liée à leur état de minoritaire. Il est vrai aussi, qu'à l'intérieur des entreprises, ils ont du mal à se faire accepter, ils sont souvent confrontés au racisme le plus élémentaire et éprouvent des difficultés à s'intéresser et participer aux activités syndicales.

Ainsi, l'entrée dans le monde du travail, représente pour un grand nombre d'entre eux, une situation, source de désillusions et ultérieurement d'amertume, du fait du décalage qui existe entre leurs aspirations, leurs formations et la place qui leur est réservée.

Il faut également signaler que la progression dans un métier, la recherche d'une qualification et le perfectionnement, sont quelquefois réalisés en vue d'un retour au pays d'origine. Mais, plus qu'un véritable désir, ce projet est souvent une défense contre la dépression due aux difficultés rencontrées et aux nombreuses désillusions vécues. C'est souvent une possibilité qu'ils envisagent à longue échéance et qu'ils conservent en eux, comme une image qu'ils regarderont quand la réalité leur devient trop insupportable.

2.3.2 - l'entrée dans le circuit de la consommation :

Comme leurs homologues Français, ils sont entraînés dans le circuit production-consommation. Ayant reçu la même éducation, vivant dans le même cadre environnant, soumis aux mêmes sollicitations, ils ont des aspirations analogues, qu'ils chercheront à satisfaire, d'autant plus rapidement qu'ils ont souvent eu une enfance difficile, faite de nombreuses privations. Pour ceux qui n'ont pas de travail, ce sera une des raisons majeures de leur refuge dans la délinquance.

2.3.3 - l'abord de la vie sexuelle adulte :

Contrairement aux expériences précédentes, on retrouve là, une influence très grande de la Culture d'origine.

En effet, la majorité des jeunes Maghrébins immigrés ne souhaitent pas épouser des jeunes filles Françaises, qu'ils apprécient par ailleurs pour sortir. Il leur est très difficile de rencontrer les jeunes filles Maghrébines, qui sont le plus souvent surveillées de près par leur famille et qui ne sortent qu'accompagnées de leur père ou de leurs frères. Au contraire, ils auront plus de facilités pour rencontrer les jeunes Françaises.

Mais, en ce qui concerne le mariage, il semble qu'ils aient dans la majorité des cas, une conception très traditionnelle de la place de la femme au foyer ; ils souhaitent le plus souvent, avoir une femme soumise. Certains mêmes, redoutant que la vie en France ait corrompu les jeunes filles Algériennes trop libres, préfèrent repartir au pays pour y chercher une épouse.

On note cependant, une certaine évolution concernant le nombre d'enfants qu'ils désirent ; en effet, ils souhaitent avoir des familles plus réduites que celles dont ils sont issus. De plus, ils semblent davantage disposés à accepter que leur femme travaille.

Il y a aussi, mais ils constituent une minorité, ceux qui ont pris une certaine distance par rapport au mariage traditionnel et qui sont prêts à épouser une Française et à lui donner une grande liberté. Il est à noter, cependant, que la plupart des mariages mixtes aboutissent à un échec ; les oppositions concernant le plus souvent, le statut et le rôle de la femme, sont fréquentes et entretenues par les familles respectives des deux conjoints.

Enfin, ils devront tenir compte de l'évolution de la mentalité des jeunes filles Maghrébines qui vivent en France. Beaucoup refusent d'être mariées selon la tradition et veulent intervenir dans le choix de leur époux et changer leur propre rôle au sein du ménage. Elles n'acceptent pas d'être comme leur mère dont elles refusent la vie recluse et uniquement consacrée à la maternité. Elles désirent des familles réduites avec un nombre d'enfants inférieur à celui désiré par les garçons. De même, elles revendiquent le droit à avoir une situation et une vie extra-familiale.

Cependant, elles mêlent aux éléments nouveaux, des éléments anciens et souvent, si elles sont attirées par certains modèles français, elles n'en restent pas moins imprégnées par des modèles traditionnels : distribution des rôles masculin-féminin en particulier. Le plus souvent, elles exclueront un mariage avec un Français qui les couperait d'avec leur famille. Car, si elles souhaitent évoluer vers un type familial à l'européenne, si elles veulent échapper à l'emprise des parents, à la soumission à l'homme, elles ne veulent pas rompre avec leur famille.

Ainsi, on assiste, au niveau de la Deuxième Génération, à deux types d'expériences :

- les ménages issus de familles traditionnelles, ayant fait un mariage à l'Arabe, qui ont une expérience de vie semblable à celle de leurs parents, mais cependant plus souple.

- les autres, issus de famille plus intégrées, qui ont un mode de vie à la française.

Dans ces différentes attitudes, interviennent des facteurs, tels que l'origine et l'âge des parents qui seront plus ou moins aptes à s'intégrer et auront un mode de vie plus ou moins éloigné de celui qui est traditionnel en France ; tels que le niveau culturel et le niveau d'instruction : tel que l'environnement quotidien : l'isolement permet et oblige le plus souvent à évoluer vers une intégration ; telle que la durée du séjour en France ; et telle que la place dans la fratrie : les aînés sont souvent moins évolués que leurs cadets.

Ainsi, l'adolescent Maghrébin, par le biais d'une activité professionnelle, se trouve à nouveau confronté aux attitudes stéréotypées des hommes qu'il rencontre et pour qui il demeure l'Etranger. Bien qu'il ait une formation et une qualification, et quoiqu'il désire avoir une situation meilleure que celle de son père, dans la plupart des cas, il se voit attribuer le même emploi et réserver la même place. Il en conçoit une profonde amertume et constate une nouvelle fois, combien il lui est difficile de se réaliser dans la société où il vit. Il se raccroche alors, à l'espoir d'un retour prochain au pays de ses ancêtres.

Mais, si la confrontation avec la Culture française lui a donné, sur le plan

professionnel, des envies et des désirs différents de ceux de son père, en ce qui concerne son attitude face aux femmes et sa conception du mariage, il reste très attaché aux modèles traditionnels, tout comme la jeune fille Maghrébine, qui cependant essaie d'avoir une vie différente de celle de sa mère.

III - PAR RAPPORT A EUX-MEMES :

Cette dernière partie est constituée dans un premier temps, de réflexions de ces jeunes migrants sur leur condition, leurs espoirs, leurs désirs et leurs nombreuses désillusions. Dans un deuxième temps, j'envisagerai les questions qu'ils se posent à mesure qu'ils grandissent et confrontent leurs acquis à ceux de leurs parents ; à mesure qu'ils évoluent et se heurtent à des difficultés sans cesse nouvelles, empêchant leur intégration. Enfin, je rappellerai les différentes attitudes qu'ils adoptent face à une réalité qui les déçoit du fait de leur impossibilité à concrétiser leurs désirs et réaliser leurs projets.

3.1 - QUELQUES REFLEXIONS

Ces quelques réflexions sont extraites de l'ouvrage d'A. ZEHRAOUI (6). Représentatives de l'état d'esprit où se trouve l'enfant de migrants, elles abordent les différents domaines qui l'interrogent et lui posent problème.

- Abdeslam, 17 ans :

"Si une personne me juge sans connaître mes qualités, sans connaître mes défauts, simplement à partir du fait que je suis Algérien, c'est du racisme".

- Hamadane, 15 ans :

"J'irai travailler dans un pays neuf ; ce n'est ni l'Algérie ni la France que je choisirai. Je préfère aller ailleurs".

- Salah, 18 ans :

"Avec les parents, il y a comme un malentendu, on ne communique pas. On ne se comprend pas. Ils pensent que nous leur appartenons".

- Saliha, 21 ans :

"Je me rendais compte que ma condition était non seulement liée à mon appartenance ethnique, mais aussi à ma classe sociale... L'apprentissage des langues, c'est aussi le contact que je ne pouvais pas avoir, car je ne parvenais pas à dialoguer, ni avec mes parents, puisque pour eux je suis "corrompue" par la société occidentale, ni avec les Français, parce que l'éducation algérienne que m'ont inculquée mes parents, je l'avais subie sans la comprendre, sans parvenir à savoir ce qu'elle signifiait".

- Mohamed, 18 ans :

"Je m'appelle Mohamed, mais devant une fille, j'aimerais m'appeler Patrick. On m'a toujours dit que je suis un immigré. Un immigré, c'est celui qui vient de là-bas, mais moi, je ne viens pas d'Algérie, je suis né en France. Je ne sais pas où aller ? On a la nationalité Algérienne, mais on a vécu en France. Je suis comme, si j'étais moitié Français, moitié Algérien.

Je me sens proche des jeunes Français, parce que c'est en France que j'ai vécu. Mais je pense retourner en Algérie, sans savoir au juste quand ?".

3.2 - COMMENT SE SITUENT-ILS ?

Nous avons vu qu'en règle générale, la Culture d'origine continue à marquer profondément la Deuxième Génération par le biais d'une certaine façon d'être et d'agir, acquise en famille. Même lorsqu'ils prennent du champ et rejettent consciemment leur Culture traditionnelle, ils ne peuvent se libérer de ce qui est devenu une partie de leur personnalité. A ne pas reconnaître cet état de fait, ils s'exposent à ne pouvoir le maîtriser.

La Culture française, quant à elle, dominante dans de nombreux domaines tels que le mode de vie, les aspirations professionnelles, les loisirs, reste, pour la majorité, très lacunaire. Des secteurs entiers, comme la vie familiale, les rôles Masculin-Féminin, échappent le plus souvent à une saisie réelle.

Souvent difficile, la coexistence de ces deux cultures, débouche sur quelque chose de "bizarre" : une culture immigrée qui, intégrant plus ou moins les as-

pects de l'une et l'autre, n'est pas un véritable biculturalisme ; en effet, l'égalité des cultures, qui en est la condition nécessaire, n'est pas réalisée, si ce n'est, peut-être pour certains d'entre eux qui, ayant réussi leurs études, retournent vers leur pays et peuvent y parfaire la connaissance de leur culture d'origine. Cette culture immigrée résulte d'un compromis qu'ils réalisent aux confins de deux cultures dont ils ne saisissent pas toutes les données et qui bien souvent voient leur position initiale modifiée par l'impact même qu'elles ont sur eux. Ainsi, bien qu'originelle, la Culture Arabe se verra rapidement dépassée par celle du pays d'accueil, que l'enfant vit dans sa réalité quotidienne.

Souvent des enfants Algériens ou Tunisiens de nationalité, n'ont jamais connu l'Algérie ou la Tunisie. Pour eux, la rue française, l'école française, la vie française sont beaucoup plus familières que les réalités de leur pays respectif. Pourtant chez eux, on parle avec chaleur et émotion de ce pays. Mais la vie quotidienne vient contredire à tout moment ce que disent les parents : un voisin s'est fait naturaliser, un cousin s'est marié avec une Française, un autre fait son service militaire dans l'armée française... Le décalage linguistique aidant, ils finissent bien par se demander à quelle nationalité ils appartiennent.

La langue française, qui pour eux est une langue seconde ; c'est-à-dire une langue dont l'acquisition n'a pas seulement un caractère scolaire et culturel, puisqu'elle sert à la communication de tous les jours et qu'elle est un facteur d'intégration dans la société où ils vivent, d'abord utilitaire devient vite dominante. Par le canal de cette langue, ils vont s'initier à des formes de pensées françaises, à une littérature, à des idées et des moeurs typiquement français. Face à cet apport, les piliers du passé, tels que le respect des habitudes et de la hiérarchie familiale, religieuse et sociale, sont fortement ébranlés. En France, l'enfant découvre qu'il est "libre" de parler, critiquer, agir et penser. Cette prise de conscience sera encore plus aiguë au cours de l'adolescence, période privilégiée où chaque individu désire refaire le Monde à partir de ses propres conceptions qui s'opposent, souvent, à celles des générations précédentes.

Au sein d'une société, où ils ne sont qu'un épiphénomène du fait de leur migration, sollicités par deux modèles culturels différents qui leur insufflent des désirs souvent contradictoires, ils vivent la situation de tous les minoritaires, telle que la définit K. LEWIN (22) :

"Les minoritaires sont soumis à deux forces contradictoires, la conservation de leurs particularités et l'assimilation à la majorité, forces de conservation et par conséquent de rejet de la majorité, ou assimilation à la majorité et rejet du statut de minoritaire.

Le minoritaire est déchiré entre un noyau dur qui refuse de s'assimiler et culpabilise les essais et velléités d'adaptation, et l'attraction de la majorité, qui d'autre part lui reproche sa qualité d'immigré".

Pour M. GHORBAL (1) ; la situation qu'ils connaissent est antérieure dans sa genèse au phénomène de la migration et n'est qu'une reproduction d'une problématique propre à la Culture maghrébine dont ils sont les héritiers : cette problématique, qu'il appelle Conflit de Base, est constitué par la confrontation Orient-Occident qui entache toute la Culture maghrébine. De communautaire, celle-ci devient secondairement individuelle.

"Fondamentalement, il semble que l'enfant migrant maghrébin a intériorisé dès son jeune âge, tous les éléments de ce conflit de base. Cela fait partie de son histoire et marquera son devenir et sa destinée. L'internalisation du conflit de base pèsera de tout son poids sur les différents registres et les différentes instances de sa personnalité. C'est ainsi qu'au cours de la réactivation des conflits antérieurs à l'adolescence, la lutte entre le Moi et les différentes instances de la personnalité, essentiellement le Sur-Moi, sera alimenté par le conflit de base. Il en sera de même dans un registre de type psychotique en ce qui concerne le conflit Moi-Monde extérieur.

Le contenu même d'une instance comme le Sur-Moi, subit des modifications quantitatives et qualitatives. Les notions autonomie-dépendance, minorité-majorité, virilité-impuissance, maturité-immaturité se jouent et se déjouent essentiellement à travers les données originaires du Conflit de Base".

3.3 - QUELLES SOLUTIONS APPORTENT ILS ?

Face à cette situation difficile en raison de son ambiguïté, ils adopteront des attitudes différentes, suivant leur propre personnalité, mais aussi en fonction

de certains facteurs collectifs extrinsèques.

La plupart d'entre eux réalisent une intégration à l'une ou l'autre des deux cultures en présence.

Soit, ils conservent une forte prégnance de la Culture d'origine avec une petite intégration à la vie française et une aspiration au retour.

Soit, ils ont réussi leur intégration par une option nette pour la Culture et la vie française ; la Culture originelle pourra alors, n'avoir qu'une influence réduite. Mais quelquefois, l'intégration par le biais d'études réussies ou par la participation à des activités politiques ou syndicales, peut aussi renforcer l'attachement au pays d'origine et sa culture devient alors, l'objet d'une étude plus poussée, s'accompagnant d'un désir de retour au pays pour participer à son Histoire.

Certains, à l'inverse, se réalisent dans une double négation. D'une part, ils s'opposent à la Culture du pays d'origine, niant toute existence et toute appartenance pour eux-mêmes et leurs parents ; d'autre part, ils s'opposent à la société d'accueil, se réalisant sur le registre de la déviance, c'est-à-dire, comme le définit G. DEVEREUX (23) :

"Le faisceau de symptômes qui s'écartent des normes sociales et peut au niveau social représenter une tendance vers une autonomie, soit une tendance vers une bio-négativité au sens de Angyal. La déviance implique un refus, non pas de la réalité de la société comme c'est le cas dans la schizophrénie, mais une non-acceptation de ses valeurs et des fonctions sociales qu'elle assigne à l'individu".

Cette déviance est le plus souvent réalisée dans la délinquance que ces jeunes rencontrent au sein de bandes d'adolescents qu'ils composent avec d'autres jeunes immigrés ou avec de jeunes Français du même âge. A côté d'actes fortement délictueux, qui sont le fait d'une minorité, il existe une certaine forme de délinquance, qui semble être avant tout une dimension collective de l'adolescence des jeunes du milieu populaire, correspondant à une attitude réactionnelle devant une situation difficile, à une période de l'existence où l'individu accepte mal les contraintes que lui impose la société. Ainsi, les jeunes veulent prouver qu'ils

existent et les "exploits" qu'ils accomplissent, sont le moyen de témoigner de cette existence, dans une société bloquée qui ne leur offre guère d'autres modes d'expression.

Dans cette tentative de se réaliser en s'opposant simultanément à deux schémas culturels dont ils n'appréhendent qu'une réalité, souvent déformée, et toujours éloignée de la conception qu'ils en avaient, ils adoptent parfois une attitude ambiguë, véritable non-sens, qui débouche sur la psychose.

Pour M. GHORBAL (1), "cette psychotisation est facilitée par la convergence de deux phénomènes représentant les deux cultures :

- d'une part la culture arabo-musulmane dont les traits essentiels sont la persistance de façon normale d'un fort noyau psychotique - une grande place de l'oralité - la possibilité d'images combinées au niveau de certaines instances (paternelle et maternelle) - la souplesse et la lenteur du passage d'un stade à un autre - la possibilité de sublimation autre qu'intellectuelle - une dimension communautaire et collective permettant plus facilement l'expérience culturelle - le maniement de l'interdit donc de la Loi avec capacité et possibilité de transgression - les relations privilégiées avec la mère, la persistance de la dyade avec tendance à la fusion, le canevas d'unité globalisante et totalisante s'inspirant du concept du Tawhid. Tous ces éléments contribuent dans une large mesure à vivre une partie de son noyau psychotique sans grande tension ou conflit entre le Moi et le Monde extérieur.

- d'autre part la société Occidentale dont les traits essentiels sont : la privilégiation du modèle de la Névrose Obsessionnelle - la thésaurisation et son équivalent économique-politique - la rationalisation avec l'empreinte cartésienne - la vénération de l'ordre et de la systématisation à outrance - la primauté de l'intellect et de la verbalisation - la rentabilité - l'efficacité - le perfectionnisme - la mentalisation et la prédominance de la tension Moi-Surmoi.

La "normopathie" du système obsessionnel dans la société française mettra en relief et montrera du doigt tous les aspects du noyau psychotique de la Personnalité Maghrébine".

Ainsi, reprenant à leur compte le conflit interculturel collectif, certains

d'entre eux, dans l'impossibilité de se réaliser en dehors d'une double négativité, élaborent toute une pathologie concernant leur propre Identité et pouvant, dans les cas extrêmes, déboucher sur la psychose. Celle-ci, mode d'expression pathologique particulier que la rencontre même des deux Cultures Arabo-Musulmane et Occidentale favorise, réalise pour les hommes de la Deuxième Génération le moyen d'exister en dehors de tout choix.

LE SOIGNANT ET LE PATIENT ETRANGER
PSYCHOPATHOLOGIE DE LA RELATION

*"Etrange fascination de l'Autre
qui me renvoie à moi-même, et qui me fait craindre
sa proximité. L'Autre que je tue, parce qu'il est
mon double".*

E. POE William Wilson

I - LA RELATION THERAPEUTIQUE DANS UN CONTEXTE CULTUREL DONNE :

L'hospitalisation du jeune malade immigré dans un service de Psychiatrie, est avant tout pour lui l'occasion d'une rencontre avec une institution de soins, conçue à partir de concepts prédéterminés par la société dont elle émane, et où il vit. Cette institution, issue d'un long passé historique et ayant subi de nombreuses mutations en fonction de l'évolution permanente de la notion de Folie, est régie par des lois et fonctionne selon des modèles, eux mêmes en perpétuel remaniement, mais dont le but premier est d'intégrer cette Folie dans une dialectique, véritable expression culturelle. Qu'il s'agisse suivant l'époque et le lieu, d'enfermer le malade mental, au détriment de sa liberté, pour préserver l'équilibre de la société qui l'a produit, ou qu'il s'agisse de le soigner, dans un but avant tout humanitaire, pour le rendre conforme à certaines exigences vitales et garantes de l'intégrité de cette même société, on assiste, de toute façon, à la confrontation d'un individu, dit malade, avec un autre, dit soignant et délégué pour s'en occuper. On aboutit à l'affrontement de deux conceptions de la vie, deux modes d'adaptation à la réalité, deux modes de pensée s'originant dans le même creuset. Pour le soignant, c'est l'occasion de vivre une relation, où il se trouve impliqué, en tant que représentant d'une société, avec ses a-priori, ses acquis culturels auxquels il se réfère en permanence, mais aussi en tant qu'individu ayant lui-même à se déterminer face à cette société et à son propre vécu de la Folie.

L'hospitalisation réalise ainsi la rencontre entre l'homme investi du pouvoir de soignant, qui par définition représente le Normal, et l'autre, malade, représentant de la Folie. Ce postulat de départ, ne saurait être remis en cause, sous peine de voir s'effondrer la nature même de la relation thérapeutique. Il s'agit là d'une situation particulière où les rôles apparaissent distribués et déterminés à l'avance, constituant la relation soignant-soigné. Elle est pour les deux individus qui la vivent, la moyen d'amorcer un échange, où l'un et l'autre apportent leur propre conception de la réalité, en fonction de leurs critères de Normalité et Folie.

Le malade, offre sa symptomatologie ; celle-ci peut n'être, dans les cas

bénins, qu'un épiphénomène qui le gêne pour vivre, se réaliser et entrer en communication avec les autres. Mais, dans les cas les plus graves, elle peut devenir son mode d'existence tout entier, sa façon d'être au Monde, l'empêchant ainsi de s'intégrer de manière adaptée. En échange de cette symptomatologie, il demande (ou on demandera pour lui) un moyen qui lui donne la possibilité de trouver sa place dans ce Monde. Ce moyen peut n'être qu'une mesure d'isolement et une contention, qui permettent d'éviter les conflits nés de la confrontation de son entourage, tant familial que social, avec sa folie. *"Malheur à celui, par qui le scandale arrive !"* Il peut devenir dans le meilleur des cas, une attitude thérapeutique vraie, qui tout en essayant de ne pas annihiler sa propre personnalité, tend à la rendre conforme aux normes traditionnelles.

La symptomatologie qu'il offre, la demande qu'il formule, sont autant de preuves de sa souffrance et témoignent très souvent de celle du milieu dont il provient. Mais, plus qu'une souffrance, la maladie mentale, est fréquemment l'unique défense qu'il ait imaginée pour se préserver d'une angoisse plus archaïque : son angoisse existentielle. Plus que la souffrance primitive, née de cette angoisse, c'est le mécanisme défensif employé pour la dépasser qui amène le malade mental à l'hôpital psychiatrique. Qualifié de déviant, ce moyen peut agir aussi comme révélateur d'une souffrance de la société où il s'élabore ; la maladie mentale, née d'une situation conflictuelle individuelle, devient ultérieurement le vecteur d'une angoisse collective.

Face à lui, le soignant, en fonction d'un certain savoir empreint de modèles culturels, essaye de décrypter les symptômes qu'on lui offre et de les intégrer, à la fois dans le discours d'un individu confronté à sa problématique personnelle et en rupture avec les autres, et dans l'expression d'une société menacée dans son équilibre par un de ses membres. Il se voit ainsi sollicité en tant qu'individu et en tant que membre du groupe.

Pour Sullivan que cite Z. de ALMEIDA (12) : *"en psychiatrie, la rencontre soignant-soigné ne va pas se réduire exclusivement à l'étude de la pathologie en soi, mais tout autant à celle de l'être en situation interpersonnelle"*.

Statique dans sa définition, cette relation, dans la réalité, peut et doit devenir dynamique dans la mesure où chacun des participants, influe sur l'autre et, inversement, reçoit de lui des messages qu'il va intégrer dans sa propre démarche.

"La maladie mentale, dit VALABREGA (24), est quelque chose qui se passe entre le soignant et le soigné. Elle résulte de la confrontation entre celui qui apporte le mystère de ses troubles et celui qui en propose une explication théorique afin de lui donner une objectivité scientifique".

Au cours de cette relation, le malade vivra des situations, établira des contacts avec l'équipe soignante, employant les mêmes mécanismes qu'il utilisait à l'extérieur dans sa relation avec les Autres. Pour le soignant, cette relation représente le moyen d'analyser et expliquer ces mécanismes employés par le patient et de lui en faire prendre conscience. De ce fait, l'existence entre eux d'une relation vraie procurera au malade le moyen de renouer avec l'Extérieur.

Enfin, toute relation thérapeutique, qui apparaît, au départ, inégalitaire, le malade étant en position de demandeur envers le soignant qui, implicitement, possède la réponse à sa demande va évoluer. Elle peut, en cas d'échec, au fur et à mesure qu'elle se déroule, s'inverser, au détriment du malade, qui pourtant prend la position forte en offrant une symptomatologie indéchiffrable pour le soignant, mais simultanément se voit rejeter et contraint de poursuivre un simple monologue sans espoir d'être entendu. Elle peut aussi devenir égalitaire dans la mesure où malade et soignant parviennent à un dialogue où la réalité de chacun s'exprime et est confrontée à celle de l'autre.. Ainsi s'amorce l'ébauche d'une relation interpersonnelle réussie pour le malade et qui l'acheminera vers la guérison.

"Le désir d'être avec, disent E. LLORCA et R. MANCINI (25), dans une relation authentique, la tentative de rencontre, même si la rencontre la plus authentique laisse subsister un point de non rencontre, sont l'expression de la condition existentielle de l'être humain, à la recherche de l'autre, cet autre qui n'est pas moi-même, par lequel, avec lequel je puisse me réaliser... Dans mon désir d'être avec, je veux reconnaître l'autre et qu'il me reconnaisse, il existe en dehors de moi, j'existe en dehors de lui, l'autre n'est pas objet pour moi, il est, dit Sartre, "l'être par quoi il me détermine en mon être". L'être avec est la coexistence d'interdépendance et de reconnaissance réciproques".

Cependant, tout comme l'expression de cette relation soignant-soigné, l'expression de la Folie elle-même, est codifiée et soumise à certaines lois, en fonction de la société où elle s'exprime.

Pour LEVI-STRAUSS (26), *"toute culture se distingue par un ensemble de systèmes symboliques qui ressortent de l'analyse des structures linguistiques, parentales, économiques, religieuses, artistiques, scientifiques, mythologiques..."* Il conçoit le délire du malade mental, comme une expression particulière de la culture qui le sous-tend.

"Le délire du malade, dit-il, obéit aux mêmes lois, aux mêmes anti-lois que les mythes collectifs. La Folie même, en étant l'antithèse du consensus collectif, fait aussi partie du système global qu'est une culture donnée".

Ainsi, quelle que soit la problématique intrapsychique personnelle du malade, l'expression pathologique qu'il choisit pour la signifier, dépend de la société où il vit. Allant dans la même optique, G. DEVEREUX (23) écrit :

"Chaque société élabore ses façons correctes d'être fou. Chaque groupe socio-culturel impose à ses membres des modèles privilégiés d'expression psychopathologique. Le malade mental pour se voir reconnu, va devoir recourir aux conduites pathologiques traditionnelles qu'on attend de lui et qu'on lui impose du dehors".

La rencontre soignant-soigné, ainsi réalisée au cours de l'hospitalisation en milieu psychiatrique, représente une situation particulière où se confrontent deux individus apportant, l'un sa symptomatologie, l'autre sa capacité à décrypter ces symptômes, mais tous deux utilisant des modèles d'expression imposés par une société commune dont ils émanent.

Dans le cas des enfants d'immigrés, où la Culture française système commun de référence, coexiste avec un autre modèle culturel, l'étude du devenir de cette rencontre, ainsi que la mise à jour de certains facteurs qui peuvent la modifier, voire même la détruire, m'apparaissent nécessaires pour une compréhension de leur pathologie et comme le moyen d'accéder ultérieurement à un dépassement de celle-ci.

II - QUE DEVIENT LA RELATION THERAPEUTIQUE AVEC LES MIGRANTS ?

Dans le cas particulier des enfants de migrants, l'hospitalisation est marquée par le fait d'une rencontre pour le soignant avec un malade dont l'identité culturelle n'apparaît pas définie et qui, même à travers la pathologie qu'il propose, est source d'interrogation sur ses origines.

En effet, lorsqu'on est interpellé dans notre fonction de soignant, par un malade étranger, appartenant à une autre culture, aussitôt, et ce de façon plus ou moins consciente, interviennent des mécanismes primaires qui font que l'on réagit comme soignant, mais aussi comme individu différent, étranger à l'autre. Qu'ils soient des a-priori nés d'un long passé historique commun ou des réactions secondaires à une réalité quotidienne, qu'ils soient le fait de connaissances plus ou moins approximatives de sources plus ou moins valables sur la Culture et le pays de l'Autre, ces mécanismes primaires entraînent inéluctablement des réactions positives ou négatives envers cet Autre, mais dans tous les cas, faisant abstraction de cet Autre en tant qu'Individu.

Avec les enfants d'immigrés, le soignant est confronté à une situation nouvelle, caractérisée par leur double appartenance.

Tout comme leur père, hommes de la Première Génération, ils sont Arabes et de ce fait, les héritiers d'une Culture de référence que le soignant n'appréhende que très mal, quand il ne la méprise pas. De ce fait, il adoptera souvent des attitudes en fonction d'une image qu'il a de ces adolescents, ignorant ainsi la nature profonde de leur être et secondairement de leurs troubles.

Alors, interviennent différents facteurs nés de cette confusion. Eléments de trouble dans la communication par l'atmosphère de suspicion qu'ils créent, ils prennent naissance dans des réminiscences d'un passé plus ou moins lointain et dans la réalité d'une cohabitation quotidienne.

2.1 - LES REMINISCENCES D'UN PASSE COMMUN :

Nombreuses furent les occasions de rencontre entre ces deux cultures au cours de l'Histoire. Mais toutes furent des échecs.

L'expansion Arabe à partir du VIII^{ème} siècle, présentée par le colonialisme français comme le déferlement de la Barbarie sur l'Occident, fut une première occasion de rencontre. A cette époque, l'avance de la civilisation Arabe sur la civilisation Occidentale était considérable.

"La Renaissance, dit A. GARAUDY (27), l'Occident la doit pour une grande part à la conquête arabe qui a su créer les conditions nécessaires à son éclosion".

Une autre occasion de rencontre fut la Colonisation. A cette époque, ont eu lieu des échanges qui continuent à influencer les rapports entre Français et Arabes. Une impitoyable réciprocité rive Colonisateur et Colonisé et les liens noués à cette occasion continuent à se projeter dans nos relations actuelles avec le monde Maghrébin.

"Lien étrange, dit A. MEMMI (28), qui unit Colonisateur et Colonisé et où l'un n'existe pas sans l'autre. Le colonisateur sait bien que sans le colonisé, la colonie n'existe pas d'où une haine toujours prête à se déchaîner sur le Colonisé. Le Colonisateur doit aussi être reconnu par le Colonisé. Le lien qui existe entre eux est ainsi destructeur et créateur. Il détruit et recrée les deux partenaires de la colonisation en colonisateur et colonisé".

Ces nombreuses rencontres passées, qualifiées d'occasions perdues par A. Garaudy, ont laissé des traces sur les deux sociétés qui les ont vécues et marquent encore de nos jours leurs membres. Ainsi, s'estompe le mythe d'une culture originelle pure comme le souligne A. GOKALP (29) :

"La fascination qu'exercent sur nous "l'autre" et "l'ailleurs" finit souvent par constituer un écran de fumée peu propice à une perception réelle de la culture des migrants. Nous avons ainsi trop tendance à les considérer comme des gens tout à fait différents de nous, ayant bénéficié chez eux d'une culture "originale" et "pure", c'est-à-dire préservée des miasmes du syncrétisme ; des cultures que la colonisation, ses séquelles et l'exil actuel auraient fini par détruire

tout à fait".

La rencontre du soignant Français avec le malade Maghrébin s'inscrit donc dans une évolution historique qui a vu, à d'autres reprises, s'affronter les deux civilisations qu'ils représentent. Elle sera pour l'enfant de migrant, qui vit déjà dans on être une semblable rencontre, l'occasion de projeter sa problématique au dehors et d'essayer alors de la résoudre.

2.2 - LA REALITE D'UNE COEXISTENCE JOURNALIERE :

Héritiers de notre passé commun, nous sommes amenés, du fait de données socio-économiques, à vivre ensemble avec tous les problèmes que cela entraîne. En effet, l'arrivée de travailleurs immigrés en France et leur implantation progressive ne vont pas sans entraîner de fortes réactions xénophobes parmi les Français. Que n'entend-on souvent : *"Ils viennent manger le pain des Français, qu'ils retournent chez eux !"* et pour peu qu'ils osent exprimer leur mécontentement devant les conditions de vie qui leur sont faites, ce sont des : *"S'ils ne sont pas contents, qu'ils aillent voir chez eux comment cela se passe !"*.

La migration maghrébine, bien que limitée par les dernières lois en vigueur, continue cependant, et chaque jour amène sa nouvelle famille de migrants. Cette migration se fait essentiellement vers les grands centres industriels où, dans certains quartiers, les concentrations de travailleurs immigrés deviennent considérables. Et c'est là, que se pose de façon plus aiguë le problème des relations entre migrants et autochtones. Il est plus facile d'envisager avec recul les problèmes dûs à la cohabitation avec des hommes appartenant à une autre Culture, dans un quartier à faible densité étrangère, que dans les cités à la périphérie des grandes villes. L'expression du racisme y est de toute façon moins violente. On remarque, d'ailleurs, un phénomène de migration des populations françaises vers d'autres quartiers, dès que le nombre d'étrangers dépasse le seuil de tolérance. Ils migrent à leur tour vers des quartiers moins "bigarrés". Ils s'inquiètent du nombre croissant de familles étrangères qui ont souvent gardé leurs habitudes de vie peu compatibles avec la vie en HLM ; en outre, ils craignent qu'à l'école le nombre important d'enfants maghrébins, n'entraîne des retards scolaires chez leurs propres enfants ; ils sont enfin, en proie à des peurs, le plus souvent nées de préjugés ra-

cistes, fortement inscrits en eux et réactivés par la cohabitation journalière.

Dans le travail même, leur présence est souvent vécue comme une provocation. Constaté chaque jour les chiffres sans cesse croissants du nombre de chômeurs, et simultanément assister à l'arrivée constante de nouveaux travailleurs étrangers, est source de malaise et de colère chez la population française. De là, à réduire le chômage à un seul problème de sur-population étrangère, il n'y a qu'un pas que beaucoup s'empressent de franchir.

Le soignant, membre de cette société où apparaissent tous ces phénomènes, est amené à prendre position et cette prise de position influera sur sa façon de se comporter avec le malade originaire d'une autre Culture et qu'il ne comprend pas toujours.

Mais à la différence de leur père, ils sont les héritiers d'une Culture qu'ils ont acquise pendant leur séjour en France et qui les marque dans leurs gestes et leurs actes de la vie quotidienne.

Avec eux, le soignant est amené à considérer toute cette influence de la Culture française sur leur manière d'être, leur façon de s'exprimer et sur leurs aspirations.

C'est tout d'abord, la possession de la même langue : ceci est un phénomène très particulier. En effet, même lorsqu'il parle le Français, très souvent, le travailleur immigré, emploie un langage approximatif. Le plus souvent appris au contact de ses collègues sur les lieux du travail ou dans la rue, dans le meilleur des cas au cours du soir, ce langage qui est un mélange de français, d'arabe et de néologismes, nés de la collusion des deux, n'est qu'approximatif ; et, s'il suffit pour se faire comprendre dans la vie de tous les jours, il est la plupart du temps, nettement insuffisant pour exprimer des sensations, des états d'âme, tout ce qui relève de notions plus abstraites. Ainsi le malade immigré est dans la plupart des cas dans l'incapacité de se faire comprendre et d'exprimer ce qu'il ressent au plus profond de lui. Il choisit alors souvent la somatisation ; moyen d'expression en apparence plus accessible, mais dont les interprétations ne s'avèrent pas toujours justes, du fait des différences culturelles dans l'approche du corps et son expression.

Pour G. DAUMEZON (30), c'est tout d'abord à cause de l'isolement linguistique que le patient étranger utilise son corps comme moyen d'expression faute d'avoir un autre système de signalisation.

"L'absence de références communes d'ordre linguistiques, symboliques, religieux, justifie l'adoption de ce seul langage (celui du corps) commun à tout le monde".

Avec les enfants d'immigrés, la barrière linguistique tombe et avec elle, peut-on constater l'abandon du langage corporel dans l'expression pathologique. Dans les 12 cas rapportés, un seul malade utilisait son corps pour exprimer sa souffrance.

On peut donc aborder le discours de ces jeunes malades, qui même lorsqu'il s'agit d'un délire, fait référence aux mêmes concepts, aux mêmes systèmes de signification.

Parlant la même langue, parlant la même symptomatologie, le malade migrant de la Deuxième Génération, peut alors être entendu par le soignant, qui se référant aux mêmes sources culturelles, essaiera de lui en fournir une explication.

On est loin aussi de la traditionnelle symptomatologie du migrant. En effet, que de fois ne s'est-on exclamé, en voyant arriver un malade Nord-Africain : *"Encore une sinistrose !"* ou bien *"Encore un problème de pension !"*. Le plus souvent adressés en Psychiatrie, après avoir fait de nombreux séjours en hôpital Général, la médecine du corps les ayant jugés réparés et par conséquent aptes à reprendre le travail, ils continuent à se comporter en malades. Ces préjugés défavorables qui prévalaient à leur entrée conditionnaient chez les soignants leurs attitudes durant tout le temps de l'hospitalisation. Interpellés à un niveau où nous étions incompétents, celui de l'attribution éventuelle d'une pension, seule réparation possible au dommage subi par ce patient dans son intégrité corporelle fantasmatique, nous arrivions vite à une attitude de rejet, secondaire à l'atteinte de notre propre narcissisme de soignant.

Avec ces jeunes malades, plus de problème de réparation, d'attribution de

pension avant le rapatriement, mais aussi plus d'échappatoires possibles devant les symptômes présentés. Seule notre compétence de soignant est interpellée ; c'est sur elle seule que compte le malade, et c'est à elle seule que nous pouvons faire appel.

Ainsi, avec eux, le soignant est amené à considérer deux éléments essentiels : leur appartenance à une Culture différente qui modifie leur comportement et leur symptomatologie et qui entraîne des attitudes contre-transférentielles négatives de sa part ; leur appartenance à sa propre Culture, qui leur sert aussi de référence et les lui rend moins étrangers.

A la fois Semblable et Différent, cet Autre me questionne par sa symptomatologie même, sur ses origines et ses racines et me renvoie à ma propre interrogation sur l'Etrangeté de l'univers de la Folie.

III - COMMENT EVITER LES OBSTACLES QUI CONCouRENT A L'ENLISEMENT DE LA RELATION THERAPEUTIQUE OU A SON EVITEMENT ?

En fonction de ces différents facteurs qui entrent en jeu au cours de cette relation soignant-soigné, on essaiera d'éviter certains risques inhérents à la nature même de ses participants et pouvant entraîner la disparition de son but thérapeutique, son principal objectif.

La possibilité qu'a le soignant de se laisser dominer par une attitude raciste, qui, devenue prévalente, empêcherait toute tentative thérapeutique, est un de ces risques.

En effet, nombreux sont les éléments qui interviennent lorsque le soignant se trouve face à un malade Maghrébin :

- il y a, on l'a déjà vu, tous les a-priori, les préjugés qui prennent

leur source dans un long passé commun ou dans la réalité présente d'une cohabitation journalière. Chaque soignant, ayant vécu les événements de la colonisation, puis de la guerre d'Indépendance, ou étant amené à cotoyer dans sa vie quotidienne des hommes immigrés et leurs familles, aura ses propres réactions face à cet étranger qu'il a devant lui.

- il y a aussi le fait que jusqu'ici, la rencontre avec un malade Maghrébin avait lieu le plus souvent avec le traditionnel accidenté du travail pour qui le seul remède efficace était représenté par la pension d'invalidité et le rapatriement au pays, toutes les thérapeutiques à notre disposition s'avérant sans effet. Quoi d'étonnant, si nié dans son rôle, puisque la réparation demandée était plus juridique que médicale, le thérapeute, atteint dans son narcissisme de soignant, s'abandonne à des attitudes contre-transférentielles négatives, fortement entachées d'un racisme primaire.

- enfin, on note aussi que dès la première prise de contact, le soignant essaie souvent de se comporter en fonction de la place qu'il imagine être celle du soignant dans la Culture d'origine du patient. Cette attitude, élaborée à partir d'informations de sources plus ou moins contrôlées (lectures, rapports de personnes ayant vécu en Afrique du Nord, idées reçues ou préconçues) ne sera qu'imaginaire et dans un deuxième temps plaquée sur la réalité, aboutissant souvent à des échecs.

Tous ces éléments ne sont que des expressions camouflées d'un racisme que le soignant en tant qu'homme a du mal à reconnaître.

"le racisme, dit N. TANNE (31) est le fait de définir une différence qui est, à la fois du réel et de l'imaginaire, la projection sur un autre réel, d'un autre imaginaire fondé sur des a-priori résultant le plus souvent d'une éducation, d'une histoire commune et de différents éléments extérieurs à nous".

Ainsi, peut-on finir par ne voir en l'Autre que ce qui le différencie de nous ou, plutôt, ne l'assimiler qu'à cette Différence qui, plus qu'une réalité, est souvent une projection de notre part, née de notre méconnaissance profonde de cet Autre. L'enfermant dans cette définition, on peut ne le réduire qu'à la simple expression d'une différence, lui supprimant toute possibilité de s'exprimer en dehors d'elle et de se faire reconnaître dans son Intégrité. On rejoint ainsi

l'attitude raciste du Colonisateur telle que la définit A. MEMMI (28) :

"L'analyse de l'attitude raciste y révèle trois éléments importants :

- découvrir et mettre en évidence les différences entre colonisateur et colonisé.*
- valoriser ces différences au profit du colonisateur et au détriment du colonisé.*
- porter ces différences à l'absolu, en affirmant qu'elles sont définitives et en agissant pour qu'elles le deviennent".*

Vouloir expliquer toute la pathologie du malade migrant par l'existence de cette fâmeuse Différence, sera la conséquence principale de la prévalence de cette attitude raciste dans la relation qu'on établira avec lui.

S'ils sont malades, s'ils ont des troubles de la personnalité, ils le doivent à leurs difficultés à trouver une identité culturelle propre, dans leur situation particulière à la rencontre de deux Cultures. On aboutit ainsi à la négation de la nature intra-psychique des conflits personnels qu'ils expriment au moyen de leur symptomatologie. Qu'un migrant ait des difficultés à réaliser un choix ou un compromis satisfaisant pour lui entre les deux modèles culturels mis à sa disposition, peut expliquer qu'il présente des troubles de la personnalité. Mais, il ne faut pas oublier, qu'une grande partie des enfants de migrants, réussissent une intégration, sans difficultés majeures et parviennent à s'épanouir sur un plan personnel. Ceux que l'on rencontre à l'Hôpital Psychiatrique, ne sont qu'une minorité par rapport à tous ceux qui s'adaptent à leur situation et surmontent l'ambiguïté de leur position.

Il faut aussi mentionner que ceux qui sont hospitalisés, présentent une pathologie variée, fonction des structures sous-jacentes, et qui rappelle beaucoup celle des jeunes Français qui, par définition, n'ont pas cette problématique d'appartenance culturelle. Avec ces derniers, le soignant ne se pose jamais, au cours de la relation, la question du fait culturel et de son impact sur la symptomatologie du malade. D'emblée est posé le principe que tous deux appartiennent à la même Culture et que, par conséquent, dans la communication qu'ils établissent, ils au-

ront les mêmes systèmes de référence. Ce postulat admis, c'est à la pathologie en tant qu'expression d'un conflit intra-psychique, que la relation thérapeutique va tenter de donner une explication.

Ainsi, si leur situation particulière intervient comme facteur anxiogène, est source de conflits avec leur entourage et peut entraîner une décompensation sur un mode pathologique chez un individu peu ou mal structuré, il n'en reste pas moins vrai que l'existence d'un terrain prédisposé, d'une personnalité fragilisée par le non-dépassement de certains problèmes intra-psychiques antérieurs, sont autant d'éléments dont le rôle dans l'apparition de troubles d'adaptation à la réalité, n'est pas à négliger.

Pour que la relation avec l'enfant de migrant devienne réellement thérapeutique, il convient d'éviter de l'aborder au niveau de sa seule différence, en rapportant toute sa pathologie à son impossibilité à assumer cette différence. C'est une attitude négative qui bien souvent, dans le cas où la symptomatologie qu'il nous offre, n'est pas accessible à notre compréhension, sera un moyen de se dérober à la relation et de rejeter sans culpabilité un individu qui exprime sa souffrance.

Evitant ce premier écueil, on essaiera d'aborder ce patient en tant qu'individu, à la fois semblable et différent, et dont les problèmes nous demeurent accessibles même si certaines préoccupations plus spécifiques, liées à leur position particulière, viennent en modifier quelque peu l'expression.

Ne pas nier ce qui est différent chez eux, ce qui reviendrait à dénier une partie de leur personnalité qui les interroge beaucoup, et ne pas réduire leur pathologie à la seule expression d'un phénomène culturel ou social, m'apparaissent comme les seules attitudes susceptibles de les aider dans leur démarche personnelle.

Envisager avec eux, comment ils vivent leur différence et leur similitude, témoins des influences culturelles qu'ils ont reçues, et resituer l'importance de la problématique d'appartenance culturelle dans la genèse de leurs troubles, ne sont que des étapes dans le processus explicatif de leur expression pathologique.

Mais ces étapes, où le rôle du thérapeute sera d'amener le malade à assumer

cette somme de contradictions, ou plus simplement de lui en faire prendre conscience, me semblent primordiales et représentent la seule possibilité de parvenir avec eux à une approche plus profonde de leur réalité intra-psychique individuelle.

CONCLUSIONS

•

L'enfant d'immigrés Nord-Africains, bien que né en France ou y étant venu très jeune et, par conséquent, ayant reçu une Culture française, est, toutefois, l'héritier d'une autre Culture dont ses parents sont les dépositaires. Pour lui, se posent le problème de son appartenance culturelle, besoin de se définir par rapport à l'une ou l'autre, l'une et l'autre de ces deux Cultures, et celui de son Identité. Il affronte, dans sa vie, la problématique de la confrontation Orient-Occident, problématique qui aura un impact non négligeable sur les différents registres et les instances de sa personnalité et participera, éventuellement, lors de la réactivation de conflits antérieurs à l'adolescence, à l'apparition de troubles pathologiques.

Nier, minimiser ou rabaisser sa Culture d'origine, équivaldrait à lui dénier à l'avance toute possibilité de choix. Adolescent, puis adulte, il ne pourrait guère que se réfugier dans le revirement de la Culture maternelle ou son idéalisation fétichiste ; dans l'un et l'autre cas, on se situe hors du Réel, c'est-à-dire dans l'ordre de la Folie.

Méconnaître l'influence de la Culture française sur sa personnalité, ne le considérer qu'en Etranger en projetant sur lui un Autre imaginaire reposant sur des a-priori, pas toujours fondés, mais résultant plus, d'une éducation, d'une Histoire commune et de différents éléments extérieurs à nous, reviendrait à lui refuser le droit au Biculturalisme, seul moyen pour lui, de comprendre ce qui se passe dans les deux Sociétés qu'il côtoie et de se situer de manière adaptée dans celle où il aura choisi de vivre ; dans ce cas, on nie un des modèles dont il dispose pour procéder à de nouvelles évaluations par rapport à sa Culture d'origine, et pourtant nécessaire à l'épanouissement de sa propre personnalité.

Porteur d'un compromis entre deux Cultures antagonistes, il apparaît comme le lieu de conflits d'appartenance, ne pouvant d'identifier entièrement, nulle part. En s'engageant dans le territoire de l'Identité et de l'Altérité d'un Etre qui n'est plus qu'une transparence dans un Réel qui le nie, le thérapeute devra, dès lors, s'efforcer de l'amener à assumer cette somme de contradictions ou, plus simplement, à lui en faire prendre conscience, lui restituant ainsi, son autonomie existentielle.

L'enfant de la "Deuxième Génération", en dépassant cette problématique d'appartenance culturelle, aura alors le champ libre pour aborder et essayer d'analyser les mécanismes intra-psychiques plus archaïques qui interviennent dans sa dynamique personnelle et sont responsables de ses difficultés à être au Monde et à communiquer avec les Autres.

Le Président de la Thèse,

M. COLIN

VU et PERMIS d'IMPRIMER

Le Directeur de l'U.E.R.
LYON-NORD :

LYON, le 16 NOVEMBRE 1978

Pr Ag. J.P. NEIDHARDT

Le Président de l'Université
CLAUDE-BERNARD LYON I

Professeur D. GERMAIN

BIBLIOGRAPHIE

I - LISTE DES OUVRAGES CITES DANS LE TEXTE :

1 - GHORBAL M.

Esquisse de la Personnalité Maghrébine
(à propos de la Deuxième Génération)
Thèse LYON 1977.

2 - BORDARIER V.

Psychose et Filiation.
Thèse LYON 1977.

3 - BOUDJEDRA R.

Vies Quotidiennes Contemporaines en Algérie
Hachette 1970.

4 - MINCES J.

Les Travailleurs Etrangers en France
Ed. du Seuil - Collection "Combats" 1973.

5 - GRANOTIER B.

Les Travailleurs Immigrés en France
Edition nouvelle 1976 F. Maspero.

6 - ZEHRAOUI A.

Les Travailleurs Algériens en France
Etude Sociologique de quelques aspects de la vie familiale.
Nouvelle édition 1976 F. Maspero.

- 7 - DE PREMARE A.
La mère et la femme dans la société traditionnelle au Maghreb.
Essai de psychanalyse appliquée.
Bulletin de Psychologie n° 1 - 6 1974-1975.
- 8 - WATZLAWICK P., HELMICK-BEAVIN J., JACKSON D.
Une logique de la communication.
Ed. du Seuil 1972.
- 9 - LAING R.D.
La Politique de la Famille
Ed. Stock Paris 1976.
- 10 - MANNONI M.
L'enfant, sa maladie et les Autres
Ed. Seuil 1967.
- 11 - DE LA ROBERTIE J.
Bâtir une maison sur la terre de ses Pères.
Revue Autrement Dossier n° 11 novembre 1977
"Culture Immigrée : intégration ou résistance".
- 12 - ALMEIDA Z.
Les perturbations mentales chez les Migrants.
Information Psychiatrique n° 2 mars 1975.
- 13 - GRABER C.
Le Miroir Brisé ?
(ou le vécu d'un Psychiâtre vis-à-vis des malades Nord-Africains en Tunisie et en France).
Thèse LYON 1972.
- 14 - CHRAIBI D.
Le Passé Simple.
(Roman) Ed. Denoël 1954.

- 15 - LEDDA G.
Padre Padrone
L'éducation d'un berger Sarde
(Roman) Collection Témoins Ed. Gallimard 1977.
- 16 - ZERDOUMI N.
Enfants d'Hier..
Ed. Maspero 1970.
- 17 - DUTEY G.
Jeunes Maghrébins en France ; contribution à l'étude de leur inadaptation.
Thèse 3ème Cycle LETTRES LYON II 1977.
- 18 - BEN JALLOUN T.
La plus haute des Solitudes.
Ed. "Combats" Seuil 1977.
- 19 - BOUHDIBA A.
La Sexualité en Islam.
P.U.F. 1975.
- 20 - CHAZALETTE A., MICHAUD P.
La Deuxième Génération d'immigrants dans la région Rhône-Alpes.
Groupe de Sociologie Urbaine Septembre 1977.
- 21 - GRATIOT-ALPHANDERY H.
Les Mal Entendus.
Revue de Neuro-Psychiatrie infantile et d'Hygiène mentale de l'enfance.
n° 8-9 Août-Septembre 1975.
- 22 - LEWIN K.
Psychologie Dynamique.
P.U.F. 1975.

- 23 - DEVEREUX G.
Essais d'Ethno-Psychiatrie Générale.
N.R.F. 1973.
- 24 - VALABREGA J.P.
La Relation thérapeutique
Flammarion 1962.
- 25 - LLORCA E. et MANCINI R.
Pour une éthique psychiatrique
Thèse LYON 1976.
- 26 - LEVI-STRAUSS C.
Anthropologie Structurale
Plon 1958.
- 27 - GARAUDY A.
Pour un dialogue des civilisations.
Collection "Coudées Franches".
Ed. Denoël 1977.
- 28 - MEMMI A.
Portrait du colonisé.
Petite Bibliothèque Payot 1973.
- 29 - GOKALP A.
Le Paradis perdu de la Culture Originelle
Revue Autrement n° 11 - novembre 1977.
"Culture immigrée : intégration ou résistance".
- 30 - DAUMEZON G.
Transplantation et Maladie mentale
Revue du Praticien.
Tome XV n° 2 Janvier 1965.

31 - TANNE N.

Médecine et Racisme

Thèse Lyon 1972.

II - BIBLIOGRAPHIE GENERALE

AGERON R.

Histoire de l'Algérie Contemporaine

P U F 1969.

ALMEIDA Z.

Introduction à la psychopathologie de la transplantation.

Information Psychiatrique n° 2 - février 1972.

ARKOUN M.

La Pensée Arabe.

P U F 1975.

BALINT M.

Le Médecin, son malade et la maladie

Nouvelle édition 1966 Petite Bibliothèque Payot.

BARTHES R.

Mythologies.

Ed. du Seuil - Collection Points 1970.

BASTIDE R.

a/ Sociologie des maladies mentales.

Flammarion 1971.

b/ Sociologie et Psychanalyse

P U F 1951.

BERQUE J.

a/ Les Arabes d'hier à demain

Seuil 1969.

b/ Le Maghreb entre deux guerres.

Seuil 1962.

BERTHELIER R.

Incidence psychopathologique de la transplantation dans une population musulmane.

Thèse LYON 1966.

BETTELHEIM B.

Un lieu où renaître.

Laffont 1975.

BOUDJEDRA R.

a/ La Répudiation.

Roman Ed. Denoël 1976.

b/ Topographie idéale pour une agression caractérisée.

Ed. Denoël 1975.

BOURDIEU P.

a/ Sociologie de l'Algérie.

P U F 1959.

b/ Le Déracinement.

Ed. de Minuit Paris 1964.

CHARNAY

La vie musulmane en Algérie.

P U F Ed. Paris 1965.

COLIN M.

La Morbidité Nord-Africaine dans la métropole.

Thèse LYON 1952.

COOPER D.

Psychiatrie et Antipsychiatrie.
Seuil 1970.

Coran (1e)

Traduit de l'Arabe par Kasimirski.
Ed. Garnier-Flammarion 1970.

DELEUZE G., et GUATTARI F.

L'Anti-Oedipe
Ed. de Minuit 1975 (Nouvelle Edition).

DEVEREUX G.

Ethnopsychanalyse complémentariste.
Flammarion 1972.

DUFRENNE M.

La Personnalité de Base.
P U F 1966.

FANON F.

a/ Pour la Révolution Africaine
Petite Collection Maspero 1975.

b/ Peau Noire Masque Blancs
Seuil 1952.

c/ Les Damnés de la Terre.
Petite Collection Maspero 1976.

FERAOUN M.

a/ Les Chemins qui montent.
(Roman) Ed. du Seuil 1957.

b/ Journal de 1955 à 1962.
Ed. du Seuil 1962.

c/ Le Fils du Pauvre.
Ed. du Seuil 1959 (roman).

FOUCAULT M.

Histoire de la Folie à l'âge classique
Collection TEL Ed. Gallimard 1972.

FREUD S.

a/ Totem et Tabou
Petite Bibliothèque Payot 1975.

b/ Malaise dans la Civilisation.
P U F 1971.

c/ Métapsychologie.
Ed. Gallimard 1974.

d/ Introduction à la psychanalyse.
Petite Bibliothèque Payot 1972.

GASTE A.

• Alcool et Coran.
Contribution transculturelle à l'étude de l'alcoolisation.
Thèse LYON 1977.

HOCHMAN J.

Pour une psychiatrie communautaire.
Ed. du Seuil 1971.

KHATIBI A.

La Blessure du Nom Propre.
Ed. Denoël 1974.

KHEMIR N.

L'Ogresse.
Maspero 1975.

LAING R.D.

Le Moi divisé
Ed. Stock 1977.

LAING R.D. et ESTERSON A.

L'équilibre mental, la folie et la famille.

Petite Collection Maspero 1977.

LARAOUI A.

a/ L'Histoire du Maghreb.

Petite Collection Maspero 1975.

b/ L'Idéologie Arabe Contemporaine.

Maspero 1977.

LEFORT G. et OUGHOURLIAN J.M.

A propos d'un délire paranoïde de filiation.

Annales médico-psychologiques.

n° 1 janvier 1978 Ed. Masson.

LEMSINE Aïcha

La Chrysalide.

Chroniques Algériennes.

Ed. des femmes 1976 (roman)

LEVI-STRAUSS C.

Structures élémentaires de la Parenté.

Ed. Mouton 1970.

MANNONI M.

La Psychiatre, son "fou" et la psychanalyse.

Ed. du Seuil 1970.

MENDEL G.

La Révolte contre le Père.

Payot 1968.

LES MILLE ET UNE NUITS

Contes Traduction A.Galland.

Ed. Garnier-Flammarion 1965 (3 tomes).

MOUNIER B.

Algérie, Algériens et Transplantés.

Thèse LYON 1974.

M'RABET

La Femme Algérienne.

Collection des Cahiers Libres Maspero 1965.

POISSAT J.L.

Le Devenir Algérien.

Thèse LYON 1972.

Psychiatrie en ALGERIE

Collectif.

Information Psychiatrique n° 8 AOÛT 1969.

ROESNIK S.

Personne et Psychose.

Ed. Payot 1973.

THEE M.

Identité sexuelle, identités sexuées.

La situation du Transplanté Nord-Africain.

Aspects psycho-pathologiques.

Thèse LYON 1974.

TISSERON S. et ARAR K.

Conséquences de l'introduction d'un Tiers Nord-Africain au cours d'entretiens réguliers avec des Immigrés.

Information Psychiatrique n° 4 avril 1976.

WOODBURY M.A.

Ethnologie et Psychiatrie.

Information Psychiatrique n° 2 février 1972.

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION	1
MESSAOUD, FARID, RABAH	8
I - Première Observation	9
II - Deuxième Observation	15
III - Troisième Observation	21
ETUDE ANALYTIQUE DES DOSSIERS	27
I - INTRODUCTION	28
II - LE PHENOMENE MIGRATOIRE MAGHREBIN VERS LA FRANCE . . .	30
2.1. Bref rappel historique	30
2.2. Quelques données statistiques	31
III - APPROCHE SOCIOLOGIQUE	34
3.1. Données concernant le malade	34
3.2. Données concernant les parents	41
IV - APPROCHE CLINIQUE.	44
4.1. Profil de l'hospitalisation	44
4.2. Pathologie observée	47
LES HOMMES DE LA DEUXIEME GENERATION	57
INTRODUCTION	58
COMMENT SE DEFINISSENT-ILS ?	60
I - PAR RAPPORT AU MILIEU FAMILIAL	60
1.1. Modifications de la structure familiale	62
1.2. Les parents sont des migrants	63
1.3. Modifications du rôle des parents	65
1.4. La place des parents dans la société d'accueil .	70
1.5. En résumé	75
II - PAR RAPPORT AU MILIEU EXTERIEUR	76
2.1. L'enfant à l'école	76
2.2. L'enfant dans son quartier	82
2.3. L'adolescent et le monde des adultes	83

	Pages
III - PAR RAPPORT A LUI-MEME	89
3.1. Quelques réflexions de jeunes migrants	89
3.2. Comment se situent-ils ?	90
3.3. Quelles solutions apportent-ils ?	92
LE SOIGNANT ET LE PATIENT ETRANGER - PSYCHOPATHOLOGIE DE LA RELATION	96
I - LA RELATION THERAPEUTIQUE DANS UN CONTEXTE CULTUREL DONNE	97
II - QUE DEVIENT LA RELATION THERAPEUTIQUE AVEC LES MI- GRANTS ?	101
2.1. Les réminiscences d'un passé commun	102
2.2. La réalité d'une coexistence journalière	103
III - COMMENT EVITER LES OBSTACLES QUI CONCOURENT A L'ENLI- SEMENT DE LA RELATION THERAPEUTIQUE OU A SON EVITE- MENT ?	106
CONCLUSIONS	111
BIBLIOGRAPHIE	114
TABLE DES MATIERES	126

